Министерство здравоохранения Российской Федерации

Министерство здравоохранения Архангельской области

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Северный государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Монография

Архангельск
2016

УДК [614.2:616-082.8]:005
ББК 67.401.124-65.053.374
С 56

Коллектив авторов:
Меньшикова Л.И., зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы; ***Игнатова О.А.,*** доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы; ***Дьячкова М.Г.,*** доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы; ***Мордовский Э.А.,*** ст. преподаватель кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы; ***Ясько Н.Н.,*** директор территориального фонда обязательного медицинского страхования

Рецензенты: доктор медицинских наук, консультант отдела организации медицинской помощи взрослому населению управления медицинской помощи министерства здравоохранения Архангельской области ***Е.И. Никишова;***
доктор медицинских наук, главный врач государственного бюджетного учреждения Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер» ***А.В. Красильников***

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

С 56 **Совершенствование рейтинговой оценки как инструмент управления качеством медицинской помощи:** монография. / Л.И. Меньшикова и др. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2016. – 227 с.
ISBN 978-5-91702-222-2

В монографии представлены материалы, посвященные рейтинговой оценке медицинских организаций посредством анализа качества медицинской помощи. Рассмотрены основные принципы организации управления качеством медицинской помощи, нормативно-правовая база, факторы, определяющие удовлетворенность потребителей качеством медицинской помощи, работающих в системе обязательного медицинского страхования. В приложении представлены фактические данные и примерные положения по вопросам контроля качества медицинской деятельности, которые могут самостоятельно использоваться всеми заинтересованными лицами для ознакомления и анализа.

Предназначена для ординаторов, обучающихся на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, организаторов здравоохранения, специалистов системы обязательного медицинского страхования, практических врачей.

УДК [614.2:616-082.8]:005
ББК 67.401.124-65.053.374

ISBN 978-5-91702-222-2

© Коллектив авторов, 2016
© Северный государственный медицинский университет, 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ **5**

Глава 1. АНАЛИЗ ПРИНЦИПОВ ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ **7**

1.1. Качество медицинской помощи как приоритетное направление здравоохранения 7

1.2. Эволюция моделей управления качеством медицинской помощи в аспекте удовлетворенности потребителей 13

1.3. Удовлетворенность пациента как средство контроля качества медицинской помощи 22

1.4. Рейтинговая оценка как инструмент управления качеством медицинской помощи и повышения уровня удовлетворенности пациентов 31

Глава 2. АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ И РЕЙТИНГОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ **37**

2.1. Формирование независимой оценки качества работы государственных учреждений здравоохранения 37

2.2. Организация формирования рейтингов учреждений здравоохранения 48

2.3. Формирование рейтингов в Архангельской области 58

Глава 3. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ **65**

3.1. Организация, материалы и методы исследования 65

3.2. Удовлетворенность пациентов Архангельской области первичной медико-санитарной помощью, оказываемой в поликлиниках, и определяющие ее факторы 71

3.3. Удовлетворенность родителей пациентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в детских поликлиниках, и определяющие ее факторы 81

3.4. Удовлетворенность пациентов Архангельской области стационарной медицинской помощью и определяющие ее факторы 88
3.5. Расходы населения на медицинские услуги и лекарственные препараты и факторы, их определяющие 97

Глава 4. РАЗРАБОТКА ПРОЕКТА «ПРИМЕРНОГО ПОЛОЖЕНИЯ О ВНУТРЕННЕМ КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ БЮДЖЕТНЫХ И АВТОНОМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ» 109

Глава 5. ФОРМИРОВАНИЕ РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОСНОВЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ 126

СПИСОК НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ 159

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 162

ПРИЛОЖЕНИЯ 177
Приложение 1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница № 2 СМП» 177
Приложение 2. Примерное положение о службе качества медицинской помощи в медицинской организации 206
Приложение 3. Анкета удовлетворенности населения Архангельской области медицинской помощью 211
Приложение 4. Экспертный протокол оцнки показателя уровня качества лечения (УКЛ) 216

ВВЕДЕНИЕ

В период реформирования и модернизации российского здравоохранения на фоне глубоких социально-экономических преобразований 1990–2000-х гг. оценка доступности медицинской помощи для различных социальных групп, а также удовлетворенности потребителей качеством предоставляемых медицинских услуг приобретает особую актуальность. Несмотря на это, в отечественной науке указанное направление все еще не имеет развитых исследовательских традиций.

Если в советское время идеологические рамки не давали возможности даже поставить вопрос о неэквивалентном доступе к социальным услугам граждан страны, провозгласившей принципом свой социальной политики всеобщее равенство, то сегодня основное внимание исследователей концентрируется преимущественно на экономических аспектах возможности получения платной или бесплатной медицинской помощи, оставляя в стороне многие другие проблемы. А общий вывод все еще довольно немногочисленных работ в этой сфере состоит в том, что в условиях перехода от бюджетной модели финансирования здравоохранения к бюджетно-страховой, а затем к одноканальному финансированию здравоохранения за счет средств ОМС, медицинская помощь для населения стала менее доступной, хотя однозначных доказательств наличия причинно-следственной взаимосвязи между этими процессами все еще нет [35, 96, 97].

Стоит отметить, что научные изыскания в указанной области имеют ряд недостатков. Например, в качестве инструмента для социологических исследований, имевших цель оценить удовлетворенность пациентов качеством отдельных видов медицинской помощи, часто используются анкеты, которые не валидизированы и не апробированы в пилотных испытаниях. Во-вторых, в большинстве публикаций, отображающих результаты таких исследований, не раскрываются принципы формирования репрезентативной выборки. Наконец, сам исследовательский инструментарий в каждом случае содержит различный набор индикаторов, характеризующих степень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. В результате у потребителей медицинских услуг складывается различное пони-

мание этого термина. Как следствие, вполне закономерны сомнения не только в возможности сопоставления получаемых результатов, но и в их достоверности [24, 57].

Необходимо упомянуть еще одну проблему. Как известно, сегодня оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи представляет собой важный компонент восприятия деятельности медицинских организаций в целом, а также является одним из базовых индикаторов, на основе которых рассчитывается их индивидуальный региональный рейтинг. В то же время она может быть значительно искажена под влиянием ряда субъективных факторов (конфаундеров, смещающих объективность оценки удовлетворенности качеством услуг респондентом, не зависящих от действий медицинских работников или системы здравоохранения в целом). К сожалению, степень их сочетанного влияния на удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, их ассоциация с характеристиками индивидуального социально-демографического статуса все еще детально не изучена [4, 67, 98].

Наконец, важнейшей проблемой, которую необходимо учитывать при оценке удовлетворенности потребителей качеством медицинской помощи, оказываемой в медицинских учреждениях, является беспрецедентный рост показателя ее платности. Аналогичный процесс отмечается во многих других странах Западной Европы и Северной Америки, но в России, где десятилетиями пропагандировалась бесплатная медицина, само существование платных медицинских услуг представляется населению несправедливостью. Высокая актуальность изучения проблемы роста расходов домашних хозяйств на медицинские услуги и лекарственные препараты обусловлена во многом тем, что значительная доля этих расходов возникает не вследствие объективных причин (состояния здоровья), а в связи с прямым нарушением прав граждан при реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Сегодня пациенты вынуждены все чаще прибегать к непосредственной оплате медицинских услуг в поликлиниках, приобретать дорогостоящие препараты, в том числе для лечения в больничных медицинских учреждениях. В группе наибольшего риска – малообеспеченные граждане, чей экономический статус пострадал

после кризиса 2008 года, сопровождавшегося значительным ростом скрытой безработицы. Основной недостаток ряда исследований в этой области, проведенных в последнее время, состоит в том, что при наличии глубокого анализа количественной составляющей проблемы часто игнорируется поиск причин, обусловливающих сам факт наличия расходов на медицинские услуги или лекарственные препараты. В то же время накоплено достаточно свидетельств, что состояние здоровья или возраст человека в этом случае не оказывают значимого влияния [16, 20, 35, 45, 62, 68, 75, 83, 88, 107].

Данная монография преследует цель обобщить передовой опыт исследования проблемы качества медицинской помощи на этапе реформирования системы здравоохранения Российской Федерации. Представлены результаты комплексного анализа качества медицинской помощи как категории организации здравоохранения; изучены аспекты удовлетворенности потребителей медицинских услуг их качеством на разных уровнях системы здравоохранения.

Монография предназначена для организаторов здравоохранения, практических врачей, ординаторов, главных и старших медицинских сестер медицинских организаций.

Глава 1
АНАЛИЗ ПРИНЦИПОВ ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1.1. Качество медицинской помощи как приоритетное направление здравоохранения

Последние десятилетия характеризуются практически непрерывным процессом реформирования здравоохранения. В Послании Президента РФ Федеральному собранию РФ (2004 г.) задача повышения качества и доступности медицинской помощи была признана одной из «самых насущных для граждан страны проблем». Решение ее предполагало значительные преобразования существующей

модели здравоохранения, начало которым положил приоритетный Национальный проект «Здоровье», а продолжением стали реализованные в 2011–2012 годах на территории всех субъектов Российской Федерации региональные программы модернизации здравоохранения.

Современное государственное здравоохранение столкнулось с противоречиями все возрастающей потребности населения в медицинских услугах и нарастающей ограниченностью предложения, обусловленной дефицитом медицинских кадров, финансирования, неэффективным менеджментом в части рационального использования ресурсов. Сформировавшееся за многие десятилетия потребительское отношение населения к медицине на фоне недостаточного текущего финансирования здравоохранения, слабой материально-технической базы и низкого уровня оплаты труда медицинских работников привело к росту неудовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощи.

В этих условиях проблема обеспечения безопасности и надлежащего качества медицинской помощи (КМП) приобретает особую значимость. Качество и тесно связанная с ним эффективность деятельности медицинских учреждений в условиях экономических преобразований в России стали ключевыми проблемами в управлении здравоохранением.

Вопросы изучения и совершенствования качества оказания медицинской помощи волновали исследователей во все времена. Как примеры элементов оценки качества медицинской помощи D. Fine и E. Meyer (1983) приводят кодекс профессионального поведения Гиппократа V века до нашей эры, египетские папирусы, систему оценки исходов лечения во время династии Чу (XII век до н.э.), оценку качества медиками Персии (200 г. н.э.). Ellis R. и Wittington D. (1993) одним из основателей течения по оценке качества считают Ф. Найтингайль, которая использовала показатели смертности для оценки работы госпиталей [114, 115, 116].

Первые отечественные работы в области анализа качественных показателей медицинского обслуживания проводились в рамках социальной гигиены и организации здравоохранения с 1960-х годов. Большинство работ было посвящено изучению отдельных состав-

ляющих качества. Под качеством понимали только качество результата, пытаясь оценить его уровень через показатели деятельности медицинских учреждений и здоровья населения. Основными критериями служили показатели деятельности больниц: число пролеченных больных, средняя длительность пребывания больного на койке, хирургическая активность, послеоперационная летальность, обоснованность госпитализации и т.п.

В 1966 г. S. Donabedian опубликовал свою фундаментальную статью «Оценка качества медицинской помощи», в которой предложил классификацию основных составляющих качества: структура (учреждение, оказывающее помощь); процесс (что сделано для лечения); исход (эффект от лечения). В более поздних работах он выделяет 7 атрибутов качества: действенность, эффективность, продуктивность, оптимальность, приемлемость, законность, справедливость. Качество медицинской помощи, по его мнению, состоит в применении достижений современной медицинской науки и практики здравоохранения по принципу достижения максимально возможной пользы без увеличения риска лечения [109, 110, 111].

Применительно к здравоохранению в международной практике принято определение качества медицинской помощи как совокупности характеристик, подтверждающих соответствие оказания медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии. Под качеством медицинской помощи понимают также содержание взаимодействия врача и пациента, основанного на квалификации профессионала, т.е. на способности врача оказать больному наиболее целесообразную и эффективную медицинскую помощь. Европейское бюро ВОЗ в своем отчете, посвященном формированию принципов обеспечения качества медицинской помощи, указало на необходимость учета при решении данной проблемы 4 элементов: квалификации специалиста, оптимальности использования ресурсов, риска для пациента, удовлетворенности пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой [12].

В дальнейшем понятие качества медицинской помощи претерпевало существенные изменения, однако до настоящего времени как у иностранных, так и у отечественных исследователей нет едино-

го мнения относительно его содержания, а также перечня характеристик качественной медицинской помощи. В перечень атрибутов качества медицинской помощи включают профессиональную компетентность, доступность, межличностные взаимоотношения, непрерывность, безопасность, удобство, стабильность процесса и результата, обоснованность действий и технологий.

В нашей стране внимание к проблеме улучшения КМП усилилось после 1993 г., когда стала формироваться система обязательного медицинского страхования (ОМС), в результате чего к осуществляющим ведомственный контроль подразделениям здравоохранения добавились сотни подразделений системы ОМС, оценивающих КМП [5]. Требования к организации контроля объемов, сроков, качества и условия предоставления медицинской помощи были позднее закреплены в ст. 40 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Немало работ было посвящено разработке методологии обеспечения качества медицинской помощи [17, 54, 100].

С конца 90-х годов прошлого столетия акцент с контроля качества сместился в сторону управления КМП. Значительное число публикаций было посвящено созданию эффективных систем управления качеством медицинской помощи, в том числе с использованием автоматизированных систем [23, 27, 42].

Отличительной чертой современного этапа развития здравоохранения является интенсивная оптимизация его законодательной базы, включающая в себя практически все аспекты медицинской деятельности, в том числе контроль качества и безопасности. В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» качество медицинской помощи определяется как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». Статьей 64 закона определены порядок и механизм проведения экспертизы качества медицинской помощи, предусмотрены контрольные функции со стороны фондов ОМС. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 502н от

05.05.2012 г. утвержден Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, на которую была возложена оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов. Постановлением Правительства РФ № 1152 от 12.11.2012 утверждено Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1340н от 21.12.2012 г. утвержден Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Несмотря на наличие закрепленного федеральным законом определения качества медицинской помощи, часть исследователей считают его неконкретным из-за отсутствия перечня характеристик, неопределенности запланированного результата (имеются в виду ожидания пациента или прогноз врача) и пр., что затрудняет использование в системе контроля качества медицинской услуги [38]. Достаточно развернутое определение дают А. Голышев и О. Носырева. По их мнению, качество медицинской помощи – это свойство процесса взаимодействия врача и пациента, обусловленное квалификацией профессионала, то есть его способностью выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской системой [14]. При данном подходе качество медицинской помощи можно характеризовать и оценивать по трем направлениям: по структуре (материально-технические возможности, кадровые ресурсы и пр., характеризуют условия оказания медицинской помощи, но не являются гарантией качества); по результату (зависит как от качества процесса оказания медицинской помощи, так и от факторов, не связанных с работой врача, то есть тяжести больного, его возраста, особенности заболевания и т.п.); по процессу оказания медицинской помощи, то есть по врачебному процессу (через влияние на процесс можно повлиять на результат), что перекликается с классической триадой Донабедиана.

По мнению В.Г. Дьяченко (2007) в конечном итоге качество ока-

зания медицинской помощи отражает весь спектр взаимодействий пациента и врача, какие бы невероятные, на первый взгляд, формы это ни приобретало. Чтобы приблизиться к пониманию КМП как общепринятой категории взаимоотношения пациента (покупателя медицинских услуг) и врача (производителя медицинских услуг), следует отвлечься от медицинской помощи как таковой и рассмотреть качество медицинской услуги в общем плане. При оценке качества товаров и услуг автор предлагает рассматривать две характеристики: качество исполнения – характеристику, отражающую степень удовлетворения запросов, потребностей пациентов; качество соответствия – характеристику, отражающую степень соответствия принятым стандартам, внутренним спецификациям и пр. Исследователь отмечает, что первая характеристика качества не всегда может быть обеспечена, потому что требования потребителя/пациента к качеству исполнения всегда завышены, а возможности исполнителя/врача всегда имеют ограниченную степень свободы (ограничение ресурсов обеспечения медицинских технологий, ограничение технического уровня самого исполнителя и пр.). Вторая характеристика качества может быть обеспечена в большинстве случаев, поскольку ее параметры определяются стандартами, которые вырабатываются внутри системы здравоохранения под существующие технологии [17].

По мнению организаторов здравоохранения, оценка качества оказываемой медицинской помощи служит одним из критериев эффективности внедрения различных инновационных процессов [91]. Продолжают совершенствоваться методики оценки КМП, делаются попытки сравнить показатели доступности и качества медицинской помощи с развитыми странами [79].

В целом анализ доступной литературы показывает, что существует множество подходов к обеспечению, управлению качеством медицинской помощи, его экспертизе, формированию стандартов, оценке затрат на улучшение качества и определению его эффективности. Однако отсутствует единая методология управления КМП, которая в полной мере охватывала бы все его аспекты и могла быть применима на всех уровнях оказания медицинской помощи.

1.2. Эволюция моделей управления качеством медицинской помощи в аспекте удовлетворенности потребителей

В соответствии с развитием здравоохранения эволюционировали модели управления качеством медицинской помощи, каждая их которых отличалась своими подходами к контролю, ответственности, финансированию [23]. В каждой модели отношение к удовлетворенности пациентов имело свои особенности.

Профессиональная модель – форма управления, сложившаяся в медицинской среде, где критерием качества являются индивидуальное профессиональное мастерство медицинского работника, уровень его теоретических знаний и практических навыков. Основной является QC (Quality control) – контроль качества, связанный с персональной ответственностью, также могут действовать такие внешние механизмы, как профессиональные ассоциации, частные организации по проверке деятельности больниц (например, Комиссия по аккредитации больниц в США), органы лицензирования медицинских работников (Taylor F.W., 1911). В профессиональной системе управления качеством удовлетворенность пациента рассматривается как нечто, не оказывающее значимого влияния на качество медицинской помощи [123].

Административная (командно-административная, бюрократическая) модель базируется на двух концептуальных подходах менеджмента качества: стандартизации объемов работы и результатов медицинской помощи и на инспекционном контроле качества. Основой является QA (Quality assurance), гарантии качества (Фейгенбаум А., 1955). В рамках административной системы удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью не изучается и не учитывается [81].

Индустриальная модель основана на «процессном» подходе, то есть непрерывном повышении качества медицинской помощи, получила распространение в конце 90-х годов прошлого века (Deming W.E., 1985) – TQM (Total quality management), всеобщее управление на основе качества, Continuous quality, непрерывное повышение качества [108]. Модель «Всеобщее управление на основе качества»

подразумевает создание такой структуры организации и процессов, которые позволяют реализовать новые философские принципы качества и в то же время полностью осуществить требования всех заинтересованных сторон: поставщиков медицинских услуг (медицинских организаций); потребителей медицинских услуг; рынка медицинских услуг; общества [120]. Ключевым принципом всех современных моделей TQM является процессный подход, основной технологией его реализации – стандартизация, а движущей силой служат потребности и ожидания пациента/потребителя [64]. Модель «Всеобщее управление на основе качества» включает следующие принципы менеджмента качества:

– ориентация на потребителя (потребитель является конечным арбитром, оценивающим качество услуг);

– лидерство руководства и последовательность в достижении целей;

– менеджмент на основе понимания процессов и фактов;

– вовлечение персонала (полное раскрытие потенциальных способностей персонала на основе общих для всех ценностей и культуры);

– непрерывная познавательная деятельность и инновации;

– развитие партнерства;

– взаимодействие с обществом;

– ориентация на результаты (удовлетворенность всех заинтересованных сторон).

Именно в этой системе удовлетворенность пациента как потребителя медицинской услуги является одним из основных требований к качеству медицинской помощи, что определено наличием связи с потребителями и мониторингом их удовлетворенности. При этом удовлетворенность пациента медицинской помощью определяется как обобщенная совокупность восприятий и оценок условий оказания, конечного результата медицинской помощи, соответствия их потребностям пациента, в том числе и ожидаемым [23].

Однако даже в рамках TQM существуют модели управления КМП с использованием автоматизированных систем, основанные на формализованном описании любой врачебной ошибки и воспроизведении процесса формирования экспертного мнения для снижения

субъективизма, где применяются методы статистического контроля качества, но не учитывается удовлетворенность пациентов [66].

Несмотря на различия подходов к определению понятия качества медицинской помощи и перечня основных характеристик, исследователями достигнуто единое мнение относительно структурных компонентов. Концепция Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) предполагает три аспекта качества: качество структуры (оснащенность учреждений, обеспеченность кадрами и ресурсами), качество процесса (соблюдение технологий, порядков, стандартов), качество результатов (соотношение фактически достигнутых показателей и планируемых) [52]. Компонентами качества медицинской помощи, которые можно использовать в виде критериев и показателей его состояния, эксперты ВОЗ считают правильность выполнения медицинских технологий; отсутствие риска для пациентов; оптимальность использования ресурсов; удовлетворенность потребителей медицинской помощи. Таким образом, удовлетворенность пациентов становится компонентом качества, который может и должен быть использован при ее оценке.

По заключению Ю.М. Комарова (2009) качество должно быть ориентировано не на врача и не на медицинское учреждение, а на пациента и его удовлетворение, и оно должно основываться на современных достижениях медицины и современных технологиях [30].

В Докладе ВОЗ о состоянии здоровья здравоохранения в мире 2000 г., посвященном улучшению деятельности систем здравоохранения, в качестве одной из главных и самостоятельных целей была выдвинута отзывчивость к ожиданиям граждан. Проведенный в рамках подготовки Доклада обзор литературы в области антропологии, социологии, этики и менеджмента здравоохранения позволил сформулировать основные аспекты, характеризующие концепцию отзывчивости: категория «Уважительное отношение к людям» (уважение человеческого достоинства при общении, конфиденциальность личной информации, участие в принятии решения, ясность коммуникации); категория «Ориентированность на интересы клиента» (незамедлительное оказание услуг, качество основных бытовых условий, доступность контакта с семьей, возможность выбора поставщика медицинской помощи) [10].

В ходе реформирования служб здравоохранения во многих странах все большее значение придается именно улучшению отзывчивости и повышению уровня удовлетворенности как населения, так и отдельных пациентов. При этом под отзывчивостью понимается «отзывчивость к законным ожиданиям населения относительно его взаимодействия с системой здравоохранения», подразумевая, что инструмент ее оценки учитывает только законные ожидания. Удовлетворенность в большей степени зависит от ожиданий, в том числе и неоправданных ожиданий, на нее могут повлиять и факторы, выходящие за пределы непосредственного контроля со стороны здравоохранения [11, 126].

По мнению специалистов ВОЗ, с помощью показателя "отзывчивости" можно попытаться справедливо оценить деятельность медицинских учреждений и конкретные действия медицинских работников, так как он свидетельствует о характере личностных взаимоотношений между пациентом и лечебным учреждением, врачом, медицинской сестрой, определяет уровень требований пациентов, диктуемых условиями, в которых находятся граждане страны. Однако рекомендуется с достаточной степенью осторожности оценивать получаемые относительные показатели, так как, определяя медицинскую помощь как помощь врача-профессионала, граждане любой страны не отождествляют целый ряд медицинских манипуляций (уход медицинской сестры за больными на дому, патронажное наблюдение, парамедицинские услуги, диспансерное наблюдение) с медицинской помощью. Эти и ряд других профилактических мероприятий (осмотры, санитарно-просветительная работа, воспитание гигиенических навыков у населения, диспансеризация декретированных контингентов, вакцинация и проч.) для граждан не являются свидетельствами качественной организации и проведения медицинской помощи, но именно эти мероприятия носят профилактический, а потому наиболее эффективный для популяции смысл [3, 11].

В материалах ВОЗ 2012 года, содержащих сравнение деятельности систем здравоохранения, отмечено, что по-прежнему нет ясности в отношении того, какие параметры должны быть включены в аспект отзывчивости системы. Эта неопределенность приводит к тому, что оценка разных областей осуществляется с использованием

разных инструментов, аспектов и показателей, которые трудно обобщать и сравнивать [11].

В руководстве по применению Стандарта ИСО 9001:2000 в области здравоохранения в п. 8.2.1. мониторинг удовлетворенности потребителей расценивается как способ измерения функционирования системы менеджмента качества, организациям предписывается устанавливать методы получения и использования полученной информации [55].

В Российской Федерации в конце 1980 – начале 1990-х гг. при разработке национальной политики в области охраны здоровья населения основные усилия организаторов здравоохранения сосредоточивались на решении проблемы финансирования здравоохранения и изменении структуры предоставления медицинских услуг. Экспертиза качества медицинской помощи проводилась на уровне клинико-экспертных комиссий учреждений здравоохранения, при этом в процессе экспертиз не учитывалась личность пациента как потребителя медицинских услуг, а целью деятельности экспертных комиссий не являлась оценка уважения автономии пациента как составной части качества оказания медицинской помощи [82]. В работах, посвященных удовлетворенности пациентов, она зачастую рассматривалась как нечто малозначимое, второстепенное, не оказывающее значимого влияния на качество медицинской помощи, в связи с тем, что пациент в силу отсутствия у него специфических профессиональных знаний не способен в должной мере оценить качество и эффективность проведенного лечения [1, 44].

Постановлением Правительства РФ от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» была утверждена Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, в которой в качестве основных принципов названы «всеобщность, социальная справедливость и доступность медицинской помощи населению вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства», а также «активное участие населения в решении вопросов здравоохранения».

В настоящее время все большее признание получает тот факт, что реформы здравоохранения должны быть направлены также на

повышение качества и эффективности медицинской деятельности. В Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года одним из направлений является гарантированное обеспечение граждан Российской Федерации качественной медицинской помощью, основанной на применении современных технологий организации и оказания диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, эффективность и безопасность которых (при конкретных заболеваниях или патологических состояниях) подтверждена в соответствии с принципами доказательной медицины. В мероприятиях гарантированного обеспечения каждого гражданина качественной медицинской помощью Концепции прописано, что финансовые показатели должны быть увязаны с удовлетворенностью населения медицинской помощью.

В этой связи на смену некогда почтительному отношению к мнению специалистов о наиболее оптимальных формах и методах предоставления медицинских услуг приходит растущее признание необходимости учета мнений граждан [13, 63].

Необходимо учитывать, что как само понятие «качество медицинской помощи», так и его составляющие различны для пациента, эксперта и врача в силу различия образования, опыта, социального статуса и должностных обязанностей [66]. Проведенный Н.Ю. Трифоновой и соавт. (2013) анализ различных характеристик качества показали различный спектр действия их оценок:

• оценка качества медицинской помощи с помощью объективных критериев основана на использовании показателей деятельности медицинского учреждения и состояния здоровья пациентов, которые отражают результаты (позитивные и негативные) лечебно-диагностического процесса, в том числе при внедрении новых технологий;

• оценка качества медицинской помощи со стороны медицинского персонала учитывает в основном уровень профессионализма врачей и медицинских сестер, а также оснащенность рабочего места современным высоко технологичным лечебно-диагностическим оборудованием, инструментарием, медикаментами;

• оценка качества медицинской помощи со стороны пациентов учитывает в основном деонтологические аспекты деятельности медицинского персонала [77].

В дальнейшем социологические исследования удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи и, в первую очередь, ее качеством, приобретают особое значение и, по мнению академика РАМН А. В. Решетникова (2002), являются одним из наиболее эффективных инструментов современных информационных технологий управления [53]. Удовлетворенность пациентов качеством и объемом медицинской помощи является одним из важных показателей оценки результативности системы оказания медицинской помощи, позволяющих выявить факторы, влияющие на качество помощи [9, 95], эффективным механизмом управления лечебным учреждением [50, 76, 94]. Мониторинг удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях является важной составляющей выявления проблем в системе управления качеством медицинской помощи и действенным инструментом в контрольно-разрешительных механизмах, особенно на стадии предлицензионного контроля лечебно-профилактических учреждений [2].

Универсальность показателя удовлетворенности, по мнению Т.А. Сибуриной и соавт. (2013), заключается в том, что он включает в себя интегральную оценку всех сторон медицинского обслуживания: от возможностей и условий получения медицинской помощи, ее организации, своевременности, эффективности и качества проводимых мероприятий до психологических аспектов взаимодействия пациентов с медицинским и вспомогательным персоналом, соблюдения прав пациентов [64].

Получение своевременной и объективной информации об удовлетворенности граждан качеством оказываемой им бесплатной медицинской помощи является важной и значимой частью работы Территориальных фондов обязательного медицинского страхования Российской Федерации. Это требование указано в основных нормативных документах, регламентирующих деятельность системы обязательного медицинского страхования: в Федеральном законе № 326–ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», в Приказе

ФФОМС № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и т.д. С 2005 года социологические опросы проводятся большинством российских Территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В настоящее время инструментом эмпирического исследования удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи является анкетирование [33]. Наибольшее распространение получили социологические исследования, проводимые региональными общественными организациями, финансируемыми территориальными отделами Федерального фонда ОМС, на основе Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования», утвержденных Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.05.2009 №118. Публикуемые данные свидетельствуют о ежегодном увеличении числа граждан полностью удовлетворенных и относительно удовлетворенных оказанными им медицинскими услугами, однако, по мнению В.А. Шелякина (2012), можно предположить, что полученные в ходе опросов данные не вполне корректны [92].

Исследования, проведенные в некоторых регионах Российской Федерации, свидетельствуют об отличиях в ответах в зависимости от сборщика информации: если анкетирующей стороной является организация здравоохранения – замечаний меньше; в случаях, когда опрос проводится общественной или другой сторонней организацией, нарекания и жалобы встречаются чаще. Таким образом, субъективность оценки качества медицинской помощи пациентами особенно затрудняет выведение какого-то единого показателя [80].

Также социологические опросы проводят Федеральная служба охраны России (ФСО), страховые медицинские организации. Анкеты перечисленных организаций содержат вопросы о доступности в целом первичной и специализированной медицинской помощи, оснащении медицинских учреждений, отношении медицинского персонала, личных денежных затратах пациентов, однако опросники не

унифицированы, следовательно, возникают проблемы при сравнении данных.

Среди современных технологий повышения качества медицинской помощи указывается на важность системного подхода. В частности, Т.В. Казакова и Т.Н. Брескина (2011) в качестве мероприятий, обеспечивающих удовлетворенность пациентов, предлагают использовать обязательный и регулярный мониторинг «прямого голоса» пациента» (анкетирование и интервьюирование, анализ жалоб и обращений, работа с электронной почтой и форумом пациентов), а также проведение обучающих семинаров с пациентами по вопросам отношений с медицинским персоналом, психологическим консультированием. Эти же авторы подчеркивают важность работы не только с пациентом, но и с медицинским персоналом учреждений [25]. Материалы социологических исследований могут быть использованы в качестве скрининговых обследований с последующей более углубленной экспертной оценкой ситуации [17].

В целом анализ литературы показывает, что среди современных методов и технологий управления все большее значение приобретают медико-социальные и социально-психологические. Можно отметить, что в исследованиях по проблемам социальной эффективности здравоохранения в целом достигнуто согласие о возможности использования мнения пациента для оценки качества медицинских услуг, однако не разработаны единые методические подходы к оценке медицинской и социальной эффективности здравоохранения с позиций потребителей, что затрудняет сопоставление данных, полученных в исследованиях. Также отсутствует система прогнозирования риска снижения удовлетворенности больного медицинской услугой до ее оказания и риска снижения общественного мнения о качестве медицинской помощи в территории, данные о распространенности потребительских факторов риска понижения качества медицинских услуг, что свидетельствует о пробелах теоретических данных. Все это затрудняет построение модели непрерывного улучшения качества медицинских услуг, что в условиях разработки концептуальных направлений развития системы здравоохранения представляется чрезвычайно значимым.

1.3. Удовлетворенность пациента как средство контроля качества медицинской помощи

В современном мире естественная потребность человека быть здоровым удовлетворяется на рынке медицинских услуг, которые обладают свойствами индивидуальности и интимности. Пациент сталкивается не только с лечащим врачом, но и с многочисленным персоналом медицинских учреждений, его интерьером и оснащением, поэтому результат его лечения зависит не только от профессионализма лечащего врача, но и от экономики здравоохранения [51]. Качественная медицинская помощь – это результат профессиональной деятельности медицинского персонала, качественная медицинская услуга – это результат хозяйственной деятельности и медицинского учреждения, и всей инфраструктуры системы здравоохранения.

Особенностью категории "качество" в приложении к медицинской помощи является то, что обследование и лечение больного в полном соответствии с видом патологии и категорией медицинского учреждения не всегда полностью удовлетворяет пациента в связи с отсутствием у последнего объективного представления о возможностях коррекции реального патологического состояния средствами современной медицины.

Отечественная система здравоохранения в последние десятилетия несет значительный груз общественной критики по поводу так называемого разрушения фундамента системы общественного здравоохранения страны – первичной медико-санитарной помощи (сокращение коечного фонда, закрытие стационаров в малонаселенных пунктах и т.п.), развития рынка привилегированного медицинского обслуживания для высокодоходных групп населения. Пациенты, настроенные телепередачами и газетными статьями о небрежном лечении и бесчувственных медицинских работниках, приходят к врачам, ранее пользовавшимся их доверием, с нарастающим чувством замешательства и нерешительности.

Проблема оценки качества медицинских услуг постоянно усложняется по мере развития медицинских технологий и изменения характера заболеваний. Превалирование у населения хронической патологии ведет к затруднению пациентом оценки эффекта лечения

(например, инвалидизирующие последствия ранее практически неизлечимой болезни, которые могут быть восприняты как недостатки оказанной медицинской помощи). Также возникают трудности при оценке результатов медицинской помощи пациентам с тяжелыми генетическими и прогрессирующими заболеваниями, лечение которых не разработано или неэффективно.

Как справедливо указывается многими исследователями, удовлетворенность медицинской помощью, напрямую зависящая от уровня ожиданий пациентов, складывается из множества факторов, в большинстве носящих субъективный характер. Именно это обстоятельство затрудняет оценку степени выраженности удовлетворенности населения медицинской помощью [22, 29, 46]. Большой опыт в изучении общественного мнения по вопросам здравоохранения имеют европейские страны, и уже сейчас накоплен значительный объем информации, позволяющий анализировать широкий спектр запросов и ожиданий европейских пациентов по поводу медицинской помощи. Ознакомление с данными социологических опросов по наиболее актуальным проблемам здравоохранения европейских стран может быть весьма полезным для понимания тенденций формирования общественного мнения в отношении многих аспектов отечественной системы охраны здоровья. Необходимо, однако, учитывать, что каждая страна имеет свою уникальную модель функционирования системы охраны здоровья, а мнения пациентов по поводу удовлетворенности ее работой зависят от сочетания разнообразных культурных, политических и экономических факторов [84].

По результатам опроса в 2001 г. около 2 тыс. человек в странах Европейского региона эксперты ВОЗ сделали вывод о наиболее значимых позициях для населения в развитых странах. Больше всего опрошенные ценят время обслуживания; уважение человеческого достоинства; право на неприкосновенность сугубо личной информации; надлежащие условия оказания медицинской помощи [3].

Опрос общественного мнения «Евробарометр», проведенный в 15 странах Европейского союза, показал, что уровень удовлетворенности пациентов в отношении первичной помощи и врачей общей практики в значительной мере зависит от характера оказания помощи, от манеры поведения врача и в целом от конкретного врача,

от возможности получения помощи во внеурочные часы, от степени преемственности и непрерывности. При этом «сторожевая функция» врачей первичной помощи для предотвращения доступа к специализированной помощи вызывала неудовлетворенность пациентов [105].

Как показывает международный опыт, ожидания пациентов относительно способности системы здравоохранения удовлетворять их запросы возрастают пропорционально повышению уровня технического оснащения и профессиональной подготовки персонала, развития медицинской науки, распространенности информационных технологий и эффективности организационных решений. Действительно, в развитых странах, вкладывающих значительные финансовые ресурсы в здравоохранение и непрерывно совершенствующих организацию медицинской помощи, число недовольных работой отрасли пациентов постоянно растет, что влечет за собой увеличение количества жалоб на некачественное обслуживание и непрофессиональные действия медицинских работников [29, 36, 112, 121].

А.С. Чумаков (2009) в своем обзоре отечественной литературы отмечает, что в отечественных исследованиях мнений пациентов сформировались два направления: одно предполагало оценку населением медицинской помощи в целом (Кучеренко В.З. с соавт., 1996, 2005; Вялков А.И. с соавт. 1999, 2008 и др.), второе было направлено на изучение удовлетворенности больного оказанной ему медицинской услугой (Ленгин Ю.А. с соавт., 2000; Калашников В.Н. с соавт., 2005 и др.). В качестве основных проблем автор указывает на отсутствие системы прогнозирование риска снижения удовлетворенности больного планируемой медицинской услугой и риска снижения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. В качестве методологической основы формирования удовлетворенности потребителей медицинских услуг их качеством предложен процессный подход, который непрерывно реализуется под влиянием установленных факторов и может быть измерен и спрогнозирован научно обоснованной системой оценочно-прогностических индикаторов [89].

В настоящее время отсутствует единство взглядов на определение критериев и факторов, оказывающих наиболее сильное влияние на

формирование удовлетворенности пациентов. Чаще всего представления самих пациентов о том, где, кто и какого рода медицинскую помощь им должен оказать, формируются на основании жизненного опыта, куда входит полученное образование, интерес к медицинской тематике, перенесенные заболевания и их исход, результат контактов с медицинскими работниками и причины, побудившие обратиться за медицинской помощью. Определенное влияние оказывает мнение ближайшего окружения пациента, особенно, если человек легко внушаем. Выявлена связь удовлетворенности медицинским обслуживанием с уровнем образования и самооценкой здоровья. К числу групп населения, наименее удовлетворенных медицинским обслуживанием, относятся лица с высшим и незаконченным высшим образованием, а также лица с низкой самооценкой здоровья [32].

По мнению В.Г. Дьяченко (2007), удовлетворенность пациента является результатом исполнения ожиданий, зависит не только от технических возможностей современной медицины и организационных механизмов предоставления помощи, но и от множества культурных, экономических и социальных факторов [17].

С.А. Ефименко (2007) в рамках комплексного исследования социологии пациента делает вывод, что определяющими для статуса и роли пациента являются его социально-демографические характеристики (пол, возраст, образование, социальное положение, религиозная принадлежность, место проживания и др.) и особенности образа жизни, прежде всего связанные с экономическими и поведенческими параметрами. Ролевые ожидания пациента вытекают из требований социального окружения и ориентированы на выздоровление (личная выгода пациента) и возможность полноценно исполнять социальные роли (общественная выгода). Социализация пациента связана с трудовой, общественно-политической и познавательной деятельностью. Недостаточно просто обладать знаниями о вреде рискового поведения, эти знания следует превратить в убеждения и поведенческие акты. Соединение знаний, убеждений и практических действий образует характерные черты и качества, свойственные тем или иным типам пациентов. В социализации пациента определяющим является духовный компонент, что позволяет рассматривать социологию пациента в тесной связи с проблемами

культуры, образования, науки, ни в коей мере не преуменьшая роль и значение экономических, социальных и политический отношений. Основными институциональными субъектами социализации пациента являются такие социальные институты, как семья и медицина, формирующие систему ценностей, традиции, социальные нормы и правила поведения в сфере здоровья [18].

Согласно данным ряда исследований, основной причиной дефектов медицинской помощи является не столько уровень квалификации медицинского персонала и материально-технического обеспечения, сколько неудовлетворительная организация работы [34, 58].

Л.М. Астафьевым (2005) на основе комплексного сравнительного социологического исследования удовлетворенности городского населения оказанием амбулаторно-поликлинической помощи разработана типология пациентов в зависимости от их оценки медицинского обслуживания. Для обеспечения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи автором предложено максимально полно изучить их ожидания и потребности, которые, в основном, связаны с внешними (условия предоставления помощи, санитарно-гигиеническое состояние АПУ), сервисными (организация оказания помощи, этапностъ, наличие специалистов, аппаратуры), коммуникативными (отношение, внимание, доброжелательность медицинского персонала) характеристиками медицинской помощи, доступными пониманию и оценке массового потребителя [7].

Н.Л. Русиновой и соавт. (2006) выявлено, что пациенты особенно недовольны длительностью ожидания приема врача (75,8 %), ограниченностью знания врачом проблем пациента (74,2 %), несвоевременностью помощи «узких специалистов » (73,2 %) [56].

По данным А.А. Меляковой (2006) основными причинами неудовлетворенности пациентов работой муниципальных поликлиник более чем в половине случаев являются недоступность узких специалистов, в 39 % случаев – очереди в регистратурах, в четверти случаев – длительное ожидание проведения диагностических процедур [38].

Предложенная Н.Л. Антоновой (2007) система оценки пациентами качества медицинского обслуживания, которая складывается из показателей удовлетворенности бесплатностью, доступностью,

результативностью и взаимодействием с медперсоналом выявила более высокую степень удовлетворенности взаимодействием с медперсоналом среди родителей детей-пациентов, чем среди пациентов, получающих медицинское обслуживание во взрослых поликлиниках [5].

В ряде исследований (Хабаровский и Приморский края, Магаданская, Амурская и др. обл.) при попытке определить степень и причины недовольства пациентов уровнем медицинского обслуживания был сделан вывод, что по большей части пациенты не удовлетворены современным состоянием медицинской помощи в целом. Главные причины недовольства — высокие цены на лекарственные средства, плохие навыки и низкая квалификация врачей, «бесцеремонность» медицинского персонала и большие очереди в поликлиниках. Кроме того, отмечены отличия в оценке доступности медицинской помощи работающими и неработающими гражданами. В частности, в связи с тем, что опрашивались в основном работающие женщины, то и основные претензии они высказывали по поводу снижения доступности специализированной помощи во внерабочее время. Формирование спроса на услуги по поддержанию здоровья во многом определяется неправильным воспитанием, пропагандой, модой, субъективными желаниями, рекламой, монополией производителей услуг и заинтересованных ведомств. Истинная потребность существенно отличается от сформированного таким образом спроса и практически неизвестна потребителю услуг — пациенту. Причем последний зачастую не испытывает надобности знать свои истинные потребности в связи с тем, что многие годы ему внушались понятия бесплатной медицинской помощи и обязанностей государства по охране здоровья, обеспечению его здорового образа жизни, условий труда и отдыха [17].

В.В. Трофимовым (2007) изучено мнение пациентов, медицинских работников и экспертов о структуре свойства «удовлетворенность больного» как составляющей качества медицинских услуг, выделено 4 компонента (удовлетворенность участием в сохранении и укреплении собственного здоровья, удовлетворенность результатом оказанной медицинской услуги, удовлетворенность соблюдением прав пациента, удовлетворенность организацией оказания медицин-

ской услуги) и 23 параметра (удовлетворенность овладением практическими навыками, удовлетворенность экономическими затратами и пр.). Результаты рангового распределения компонентов свойства «удовлетворенность больного» по важности показали, что к категории крайне важных отнесена «удовлетворенность больного результатом оказанной медицинской услуги, к категории средневажных – «удовлетворенность больного организацией оказания медицинской услуги», «удовлетворенность больного соблюдением прав пациента, к категории низкой важности отнесена «удовлетворенность больного своим участием в сохранении и укреплении собственного здоровья» [78].

Н.И. Вишняков и соавт. (2009) установили значимость двух основных составляющих удовлетворенности пациентов платной поликлиники: взаимоотношений «медицинский работник–пациент» (93,3 %) и уровня сервиса предоставляемых услуг (72,3 %) [9].

Опубликованные в 2009 г. результаты Всероссийского социологического исследования Росздравнадзора «Изучение мнения населения Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи», включавшие анализ анкетирования 39141 гражданина РФ, в том числе 4823 человека в СЗФО, демонстрируют невысокую удовлетворенность пациентов. К основным причинам неудовлетворенности были отнесены: отношение медицинского персонала, несоответствие графика приема врача с графиком рабочего времени, невозможность попасть на прием в выходные дни [8].

По данным А.В. Шулаева и Г.С. Гатаулиной (2010), ведущей причиной неудовлетворенности родителей организацией лечения в детских поликлиниках мегаполиса является отсутствие в своем учреждении необходимых врачей узких специальностей (хирурга, офтальмолога, оториноларинголога) [99].

Как показали результаты исследования О. Носыревой и Т. Ртищевой (2012), основное влияние на удовлетворенность населения медицинской помощью оказывает организационная доступность медицинской помощи. Наблюдается прямая зависимость между удовлетворенностью населения медицинской помощью и обеспеченностью стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений средним медперсоналом на 10 тыс. населения, обеспеченностью

стационаров и АПУ врачами на 10 тыс. населения, обеспеченностью больничными койками на 10 тыс. населения [46].

М.В. Кулигина и соавт. (2012) в качестве причин неудовлетворенности квалификацией персонала указали на недостаточность предоставляемой информации, невнимательное отношение, медлительность/поспешность в работе, нетактичное обращение [34].

Особую информативность имеет оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в динамике. Это позволяет оценить влияние внедрения организационных решений, кадровых и структурных изменений, улучшения материальной базы и других факторов, направленных на оптимизацию качества медицинской помощи, и выявить эффективность данных мероприятий [38]. В.И. Стародубовым и соавт. (2012) в рамках совершенствования качества медицинской помощи в системе непрерывной профилактики перинатальной патологии проводилась оценка удовлетворенности в динамике: отмечено повышение удовлетворенности родителей качеством и объемом медицинской помощи на всех этапах за счет улучшения информированности населения, повышения профессиональных качеств медицинских сотрудников, оптимизации материальной базы, системы взаимоотношений врач–пациент, основанной на знании и доверии [69].

Согласно данным Т.А. Сибуриной и соавт. (2013), существенным фактором, формирующим уровень общей удовлетворенности, является состав контингента, участвующего в опросах (чаще всего это население, опрашиваемое по месту жительства или работы, а также пациенты, находящиеся на лечении или заканчивающие его). Различия по уровню удовлетворенности этих групп респондентов существенны, так как их мнение формируется под влиянием разным разных источников. На оценки населения особо сильное воздействие оказывает мнение, сложившееся в обществе (формируемое в СМИ, мнение окружающих, в меньшей степени – собственный опыт). В комплекс параметров для изучения удовлетворенности предлагается включить показатели, отражающие использование технологически современных, эффективных, безопасных методов лечения, уверенность пациента в получении качественной, надежной высокотехнологичной помощи, организацию и качество послеоперационного

ухода за больным, наличие условий и технических средств, облегчающих пребывание в учреждении лиц с ограниченными физическими возможностями, продолжительность пребывания на стационарном обслуживании, степень восстановления трудоспособности, уровень повышения качества жизни [64].

Активно изучается удовлетворенность качеством медицинской помощи городского и сельского населения [26, 71], в условиях муниципального и государственного здравоохранения [48, 82, 85, 101, 104], в амбулаторно-поликлинических подразделениях [59, 93, 99, 102], в условиях стационаров различного профиля [19, 43, 44, 60, 86, 98], в ведомственных учреждениях [49], изучается мнение пациентов при оказании лекарственной и высокотехнологичной помощи [28, 64].

Проведенный Т.Г. Светличной и О.А. Цыгановой (2011) комплексный анализ научных публикаций по изучению удовлетворенности населения качеством медицинских услуг позволил авторам сделать выводы, что у исследователей отсутствует единое мнение относительно понимания термина удовлетворенности потребителя и факторов, ее определяющих. По мнению авторов, особого научного внимания требует изучение проблемы взаимодействия между пациентом и провайдером медицинских услуг [61]. В целом большинство авторов сходятся во мнении о необходимости интегральной оценки качества медицинской помощи с обязательным учетом мнения населения.

Обобщение результатов исследований удовлетворенности, проведенных в последние годы, показало, что наиболее широко распространена оценка удовлетворенности медицинской помощью по следующим составляющим: доступность помощи; материально-техническая оснащенность и лекарственное обеспечение; оценка процесса оказания медицинской помощи, его технологичности; оценка работы медицинского и вспомогательного персонала; результативность и эффективность медицинской помощи (в том числе в зависимости от оплаты услуг); оценка межличностных взаимоотношений (пациентов и медицинского персонала, внутри коллектива учреждения и его структурных подразделений); оценка профессионализма и личностных качеств медицинского персонала; оценка информи-

рованности пациентов; оценка правовой защищенности, гарантированности качественного обслуживания пациентов. Сложной проблемой остается формирование состава параметров и определение значимости (приоритетности) каждого из них в общей оценке удовлетворенности.

1.4. Рейтинговая оценка как инструмент управления качеством медицинской помощи и повышения уровня удовлетворенности пациентов

В политике развития здравоохранения РФ на долгосрочную перспективу основной задачей здравоохранения является повышение качества медицинской помощи [86]. Усиление конкуренции на отечественном рынке поставщиков медицинских услуг за государственный заказ, за инвестиции страховых медицинских организаций и личные средства пациентов актуализирует проблему характеристики и внешней оценки качества медицинской помощи [90].

В странах с устоявшейся моделью функционирования отрасли пациентов волнует труднодоступность информации о качестве медицинских услуг и об индивидуальных показателях работы конкретных врачей. Обладая правом выбора лечащего врача, пациенты хотят принимать решения на основании исчерпывающих сведений о его квалификации и результатах работы.

За рубежом накоплен значительный опыт формирования рейтингов медицинских организаций [106, 113]. Особенно сильно в этом продвинулось здравоохранение США [122, 124], где рейтинги считают эффективным информационно-маркетинговым инструментом управления качеством медицинской помощи за счет повышения конкуренции поставщиков медицинских услуг между собой [118]. Сравнение и ранжирование лечебных учреждений позволяет пациентам и членам их семей – потребителям медицинских услуг – оперативно получить информацию о качестве оказания медицинской помощи, бытовых условиях пребывания в той или иной медицинской клинике.

Методологии ранжирования поставщиков медицинских услуг сильно различаются между собой, при этом состав показателей и

критериев является достаточно пластичным и параметры большинства рейтингов каждый год уточняются. Каждая методология заостряет внимание на различных критериях, которые подчеркивают важность тех или иных показателей качества медицинской помощи. Основной предмет научных дискуссий по поводу методологии зарубежных рейтингов медицинских организаций – насколько результаты оценок представителей врачебного сообщества соответствуют объективным статистическим показателям работы ЛПУ, а также значимость и соотношение статистических показателей, параметров качества медицинской помощи и оценок при составлении рейтинга [65, 73].

Можно выделить общие направления, на которых базируется методология зарубежных рейтингов медицинских организаций: клинические (смертность, летальность, наличие стандартов оказания медицинской помощи, участие организации в клинических исследованиях и пр.) и неклинические (санитарно-бытовые условия, сервис и т.д.) показатели деятельности учреждений, статистические показатели и параметры качества медицинской помощи (ресурсы, процесс оказания медицинской помощи, результаты лечения пациентов), общественное мнение о репутации учреждения (субъективная оценка имиджа медицинской организации с точки зрения представителей врачебного сообщества или пациентов) [117, 119, 124].

Как правило, рейтинги медицинских организаций, осуществляемые с участием государственных органов либо использующие статистические данные, собранные государственными органами, а также бенчмаркитинговые рейтинги медицинских организаций, осуществляемые бизнес-структурами, очень глубоко и подробно детализированы, насчитывают от 20 и более показателей (с подробно разработанными индикаторами по каждому из них). Здесь самым подробнейшим образом прописаны именно клинические показатели медицинской помощи. Неклинические показатели присутствуют, они тоже достаточно подробно разработаны. Однако в таких рейтингах клинические показатели преобладают над неклиническими [65].

Проводимые медицинскими профессиональными ассоциациями или социальными предпринимателями репутационные рейтинги медицинских организаций имеют упрощенную структуру с одинако-

вым соотношением клинических и неклинических показателей [118, 125]. У пациентских рейтингов структура, как правило, минимизирована – иногда пациенты оценивают больницы по 4–6 показателям, здесь преобладают неклинические показатели, а клинические практически не представлены [119].

Е.А. Тарасенко (2013) на основе анализа зарубежного опыта построения рейтингов медицинских организаций предложено структурировать показатели для оценки качества медицинской помощи по принципу триады Донабедиана, учитывая три взаимосвязанных фактора качества медицинской помощи – ресурсы, процесс оказания медицинской помощи, результаты лечения пациентов. Автором предложено обязательно наряду с экспертными репутационными оценками применять конкретные статистические показатели [73].

В отечественной литературе имеются примеры формирования рейтингов медицинских учреждений, муниципальных районов на основе комплексов медико-статистических показателей, включая показатели ресурсного обеспечения системы здравоохранения, показатели здоровья населения и др., которые ориентированы преимущественно на оценку отдаленных результатов управления КМП [27, 37].

В.Н. Кораблевым (2006) в рамках специальности «Экономика и управление народным хозяйством (управление инновациями и инвестиционной деятельностью)» разработана рейтинговая оценка эффективности деятельности системы здравоохранения на уровне субъекта Российской федерации и обоснована необходимость расчета интегрального показателя эффективности функционирования региональной системы здравоохранения [31].

А.Ю. Абрамовым (2008) проведено сопоставление районов Московской области по уровню удовлетворенности медицинской помощью, показавшее ее одинаковость в стационарах, но разнородность по структуре (доступности, условия пребывания пациентов, организационные аспекты и пр.) [2].

Рейтинговые оценки деятельности органов и организаций здравоохранения нацелены на решение следующих управленческих задач: совершенствование оценки медико-демографической ситуации; повышение уровней развития материально-технической базы; рост эффективности и качества деятельности организаций здравоохране-

ния; обеспечение качества лечебно-диагностического процесса, осуществляемого в организациях здравоохранения, стимулирование и дифференцированная оплата труда персонала. Система показателей позволит руководителям рационально использовать финансы для развития отрасли оптимально и оперативно перераспределять ресурсы здравоохранения. Причем учтены интересы как государства в достижении конечных результатов, такие как улучшение показателей здоровья и эффективности системы здравоохранения, так и отдельного конкретного человека в повышении отзывчивости отрасли потребностям населения и обеспечении справедливости в получении медицинских услуг. В информированности по результатам рейтинговой оценки организаций здравоохранения также заинтересованы потребители медицинских услуг, осуществляющие осознанный выбор места лечения [6].

В 2012 г. во исполнение поручения Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина по итогам участия в работе Всероссийского форума медицинских работников в части формирования системы рейтингов медицинских организаций и размещения их на сайтах органов исполнительной власти субъектов РФ Министерством здравоохранения и социального развития Российской федерации разработана методика расчета показателей оценки деятельности медицинских организаций, которая апробирована на примере подведомственных учреждений Минздравсоцразвития России. Для оценки деятельности медицинских организаций предусмотрены показатели внутрибольничной летальности, среднее число дней работы койки в году, процент послеоперационных осложнений, выполнение функции врачебной должности, количество внеплановых проверок с выявленными нарушениями, доля посещений в амбулаторно-поликлинических подразделениях пациенто-дней в дневных стационарах и койко-дней в стационарах за счет государственных источников финансирования, укомплектованность врачебными кадрами и средним медицинским персоналом, доля врачей и средних медицинских работников с квалификационными категориями. Мнение пациентов приведенной методики учитывается только в рамках учета внеплановых проверок по жалобам пациентов.

Министерством здравоохранения и социального развития России

рекомендовано органам исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения ежегодно, начиная с 1 января 2012 г., формировать рейтинги медицинских организаций с использованием методики и с учетом мнения пациентов и размещать их на сайтах.

Постановлением Правительства Российской Федерации № 286 от 30 марта 2013 г. утверждены правила формирования независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включающей в себя формирование результатов оценки качества работы организаций и рейтингов их деятельности. В целях реализации Постановления Министерством здравоохранения РФ издан приказ № 810а от 31 октября 2013 г. «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения», которым утверждены Методические рекомендации по проведению независимой оценки.

Для проведения независимой оценки качества медицинских организаций рекомендуется использовать показатели качества работы медицинских организаций, характеризующие открытость и доступность информации о медицинской организации; комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья; время ожидания в очереди при получении медицинской услуги; доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации; удовлетворенность качеством обслуживания в медицинской организации.

Для расчета показателей рекомендуется применять изучение документов (анализ нормативных правовых актов, регулирующих деятельность медицинской организации) с целью определения или уточнения, учета динамики нормативно устанавливаемых значений рассматриваемых параметров деятельности медицинских организаций; опрос (глубинное и формализованное, полуформализованное интервьюирование, интервью, проводимые в порядке самообследования медицинских организаций, анкетирование, проведение фокус-групп): потребителей услуг в сфере здравоохранения; работников медицинских организаций; руководителей медицинских организаций о качестве работы поставщиков услуг в сфере здравоох-

ранения; представителей общественных объединений, экспертного сообщества. При необходимости могут быть использованы такие методы, как проведение "контрольных закупок", включенное структурированное наблюдение в местах оказания услуг в сфере здравоохранения, метод экспертных оценок. В качестве дополнительных источников информации целесообразно использовать информацию от общественных объединений, попечительских (общественных, наблюдательных) советов медицинских организаций; экспертного сообщества, рейтинговых агентств, средств массовой информации.

Рейтинги медицинских организаций являются достаточно эффективным информационно-маркетинговым инструментом внешнего управления качеством медицинской помощи [70, 89]. Рейтинг медицинских организаций характеризует соотносительные значимость, место, вес, позицию одной медицинской организации по ключевым показателям деятельности и уровню клинической эффективности по сравнению с другими (чаще всего однородными) медицинскими организациями на федеральном или региональном уровне. Основное предназначение такого оценивания и сравнения между собой различных лечебно-профилактических организаций – улучшение качества оказания медицинской помощи потребителям. Однако текущее состояние рейтинговых услуг в сфере здравоохранения в Российской Федерации можно характеризовать как начальный этап формирования рейтингов в области оценки качества медицинской помощи. В перспективе социально-экономическая значимость рейтинговых услуг для развития отрасли здравоохранения значительна, поскольку рейтинги медицинских организаций – это эффективные информационно-маркетинговые продукты, которые на регулярной основе помогают формировать общественную оценку и развивать систему здравоохранения, опосредованно управляя качеством оказания медицинской помощи [82].

В силу весьма слабого развития рейтинговой культуры в стране имеющиеся российские рейтинги поставщиков медицинских услуг пока находятся лишь в стадии формирования [87, 103], еще не получили широкой известности среди населения и не отражают объективную меру качества медицинских услуг.

Таким образом, проведенный анализ литературы свидетельству-

ет о том, что на фоне всестороннего освещения вопросов качества медицинской помощи, его характеристик и систем оценки отсутствует единая методология управления КМП, охватывающая все его аспекты и применимая на всех уровнях оказания медицинской помощи. Среди современных методов и технологий управления КМП все большее значение приобретают медико-социальные и социально-психологические. Однако не разработаны единые методические подходы к оценке медицинской и социальной эффективности здравоохранения с позиций потребителей, что затрудняет сопоставление данных, полученных в исследованиях. Нерешенной проблемой остается формирование состава параметров удовлетворенности и определение значимости каждого из них в общей оценке потребителя.

Существенным пробелом в изучении КМП является отсутствие системы прогнозирования риска снижения удовлетворенности пациента и риска снижения общественного мнения о качестве медицинской помощи.

Эффективным инструментом управления КМП могут стать рейтинги медицинских организаций, составленные на основе комплексного анализа показателей работы учреждений здравоохранения с обязательным включением мнения потребителей медицинских услуг.

ГЛАВА 2
АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ И РЕЙТИНГОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

2.1. Формирование независимой оценки качества работы государственных учреждений здравоохранения

7 мая 2012 года в Указе Президента РФ № 597 «О мерах по реализации государственной социальной политики» появился поручительский пункт об обеспечении до 1 апреля 2013 г. формирования

независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включая определение критериев эффективности работы таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности.

В целях реализации Указа 30 марта 2013 было издано постановление Правительства Российской Федерации № 286 "О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги", утвердившее правила формирования независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги. Согласно правилам, независимая система оценки качества работы организаций включает в себя обеспечение полной, актуальной и достоверной информации о порядке предоставления организацией социальных услуг и формирование результатов оценки качества работы организаций и рейтингов их деятельности.

Для обеспечения проведения оценки качества работы организаций их учредителям предписывалось осуществление изучения общественного мнения, полученных от общественных организаций, профессиональных сообществ, средств массовой информации, экспертов результатов оценки качества работы организаций и рейтингов их деятельности. Также предусматривалось создание общественных советов, наделенных правом формирования перечней организаций для проведения оценки качества работы на основе изучения результатов общественного мнения, определять критерии эффективности работы организаций, на основании которых устанавливается порядок оценки качества работы организации. При этом критерии эффективности должны были характеризовать открытость и доступность информации, доступность и комфортность предоставления услуг, время ожидания услуги, доброжелательность и компетентность работников организации, уровень удовлетворенности качеством обслуживания. В настоящее время постановление утратило силу в соответствии с постановлением Правительства РФ от 27.11.2014 № 1263 «О признании утратившим силу постановления Правительства РФ от 30 марта 2013 г. № 286».

30 марта 2013 года распоряжением Правительства Российской Федерации N 487-р был утвержден план мероприятий по формиро-

ванию независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, на 2013–2015 годы. Пунктом 4 плана в качестве мер институционального характера была предусмотрена разработка методических рекомендаций по проведению независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих социальные услуги в соответствующей сфере деятельности.

Во исполнение вышеуказанных нормативных актов с целью обеспечения единых подходов к формированию независимой оценки качества работы учреждений приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 810а от 31 октября 2013 года «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» были утверждены Методические рекомендации по проведению независимой оценки качества работы учреждений здравоохранения различных форм собственности.

Согласно рекомендациям под независимой оценкой качества работы медицинских организаций понимается оценка их деятельности в соответствии с критериями и показателями оценки, определенными общественным советом в установленном порядке, и составление рейтингов медицинских организаций не реже 1 раза в год на основе следующих принципов: законность; открытость и публичность; добровольность участия общественных объединений; независимость мнений граждан, экспертов, общественных объединений; полнота информации, используемой для проведения оценки; компетентность и профессионализм членов общественного совета.

Основными задачами независимой оценки качества являются повышение качества работы медицинских организаций, повышение информированности потребителей о порядке предоставления медицинской организацией медицинских услуг, развитие института общественного контроля. Она в обязательном порядке проводится в отношении государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.

В качестве участников независимой оценки качества могут выступать:

• Общественный совет при Министерстве здравоохранения Российской Федерации;

• федеральные, государственные бюджетные и казенные медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации;

• общественные советы при органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации;

• попечительские (общественные, наблюдательные) советы медицинских организаций;

• общероссийские, региональные и муниципальные общественные объединения в сфере здравоохранения;

• органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие функции и полномочия учредителя медицинских организаций;

• медицинские организации;

• граждане – потребители услуг в сфере здравоохранения, их родственники и члены семьи, законные представители;

• профессиональное и пациентское сообщество;

• экспертное сообщество;

• рейтинговые агентства, средства массовой информации.

Организация проведения независимой оценки качества в субъекте Российской Федерации возложена на орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, который тоже обязан проводить мониторинг независимой оценки на региональном уровне, а также обеспечивать техническую возможность выражения мнения потребителями услуг в сети Интернет на официальных сайтах учредителя и медицинских организаций.

В целях обеспечения проведения независимой оценки качества учредитель образовывает общественный совет, имеющий право устанавливать порядок оценки качества работы медицинских организаций на основании определенных критериев эффективности работы организаций; организовывать работу по выявлению, обобщению и анализу общественного мнения и рейтингов о качестве работы медицинских организаций, в том числе сформированных общественными организациями, профессиональными, пациентскими сообществами и иными экспертами; направлять учредителю ин-

формацию о результатах независимой оценки качества работы медицинских организаций, а также предложений по улучшению качества работы медицинских организаций и доступа к информации, необходимой для лиц, обратившихся за предоставлением услуг. Методическими рекомендация определена открытость и публичность работы общественных советов, в том числе он-лайн трансляции заседаний, привлечение средств массовой информации, публикация результатов деятельности.

Состав общественного совета формируется из числа представителей общероссийских, региональных и муниципальных общественных объединений в сфере здравоохранения, профессиональных и пациентских сообществ, других заинтересованных организаций и независимых экспертов. При формировании состава общественного совета необходимо обеспечить участие от общественных объединений, представляющих интересы всех категорий населения, получающих услуги в медицинских организациях.

Для проведения независимой оценки качества медицинских организаций в амбулаторных условиях рекомендуется использовать следующие показатели качества работы:

1) открытость и доступность информации о медицинской организации:

• уровень рейтинга на сайте www.bus.gov.ru (от 0 до 1);

• полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте (балл);

• наличие и доступность способов обратной связи с потребителями услуг в сфере здравоохранения (балл);

• доля пациентов, которые считают информирование о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг достаточным, от числа опрошенных (%);

• доля пациентов, удовлетворенных качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации (%);

2) комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья:

• доля пациентов, которые записались на прием у врача при пер-

вом обращении в медицинскую организацию (%);

• средняя длительность ожидания посещения врача с момента записи на прием;

• доступность записи на прием к врачу, в том числе:

✓ по телефону,

✓ с использованием сети Интернет,

✓ в регистратуре,

✓ посредством личного общения с лечащим врачом;

3) время ожидания в очереди при получении медицинской услуги:

• время ожидания посещения врача в очереди (в минутах);

• время ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию;

• время ожидания результатов диагностического исследования;

4) доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации:

• доля потребителей услуг, которые высоко оценивают доброжелательность, вежливость и внимательность работников медицинской организации (%);

• доля потребителей услуг, которые высоко оценивают компетентность медицинских работников (%);

5) удовлетворенность качеством обслуживания в медицинской организации:

• удовлетворенность условиями ожидания приема у врача в очереди;

• доступность получения медицинской помощи на дому;

• удовлетворенность посещением медицинской организации;

• доля пациентов, готовых рекомендовать медицинскую организацию для получения медицинской помощи (%).

Для проведения независимой оценки качества медицинских организаций в стационарных условиях рекомендуется использовать показатели качества работы медицинских организаций в соответствии с приложением № 5 к настоящим Методическим рекомендациям, характеризующие:

1) открытость и доступность информации о медицинской организации:

• уровень рейтинга на сайте www.bus.gov.ru (от 0 до 1);

• полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте (балл);

• наличие и доступность способов обратной связи с потребителями услуг в сфере здравоохранения (балл);

• доля пациентов, которые считают информирование о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг достаточным от числа опрошенных (%);

• доля пациентов, удовлетворенных качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации (%);

2) комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья:

• доля пациентов, у которых не возникла необходимость приобретать лекарственные средства, необходимые для лечения, за свой счет (%);

• доля пациентов, у которых не возникла необходимость оплачивать дополнительные диагностические исследования за свой счет (%);

3) время ожидания в очереди при получении медицинской услуги:

• время ожидания в приемном отделении (в минутах);

• срок ожидания плановой госпитализации по направлению врачей поликлиник (в днях);

• соблюдение назначенного срока плановой госпитализации (в срок, с нарушением срока);

4) доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации:

• доля потребителей услуг, которые высоко оценивают доброжелательность, вежливость и внимательность работников медицинской организации (%);

• доля потребителей услуг, которые высоко оценивают компетентность медицинских работников (%);

5) удовлетворенность качеством обслуживания в медицинской организации:

• доля пациентов, удовлетворенных условиями оказания меди-

цинской помощи (%);

• доля пациентов, готовых рекомендовать медицинскую организацию для получения медицинской помощи (%);

• доля пациентов, удовлетворенных продолжительностью, условиями ожидания, отношением персонала медицинской организации в приемном покое;

• удовлетворенность действиями врачей и медсестер по обезболиванию;

• удовлетворенность отношением врачей и медсестер во время пребывания в медицинской организации;

• доля пациентов, удовлетворенных питанием в медицинской организации;

• удовлетворенность пребыванием в медицинской организации в ночное время;

• доля пациентов, удовлетворенных качеством уборки помещений, освещением комнат, температурным режимом;

• удовлетворенность действиями персонала медицинской организации по уходу.

Для расчета показателей рекомендованы следующие методы сбора первичной информации, необходимой для проведения независимой оценки: изучение документов (анализ нормативных правовых актов, регулирующих деятельность медицинской организации) с целью определения или уточнения, учета динамики нормативно устанавливаемых значений рассматриваемых параметров деятельности медицинских организаций; опрос (глубинное и формализованное, полуформализованное интервьюирование, интервью, проводимые в порядке самообследования медицинских организаций, анкетирование, проведение фокус-групп) потребителей услуг в сфере здравоохранения, работников медицинских организаций, представителей общественных объединений, экспертного сообщества. При необходимости могут быть использованы такие методы, как проведение "контрольных закупок", включенное структурированное наблюдение в местах оказания услуг в сфере здравоохранения, метод экспертных оценок.

В качестве дополнительных источников информации целесообразно использовать: информацию от общественных объедине-

ний, попечительских (общественных, наблюдательных) советов медицинских организаций, экспертного сообщества, рейтинговых агентств, средств массовой информации.

Методическими рекомендациями были определены 4 этапа осуществления независимой оценки качества: организационный, подготовительный, этап сбора первичной информации, анализ и оценка качества работы медицинских организаций.

На первом этапе рекомендовалось определить перечень медицинских организаций для проведения независимой оценки качества и формирования рейтингов, перечень параметров и показателей качества работы, методы сбора первичной информации.

Подготовительный этап включал в себя анализ нормативных документов, регулирующих деятельность медицинских организаций, мнений экспертов, потребителей медицинских услуг, других источников для определения предварительного перечня проблем; разработку методик сбора и обработки первичной информации, анкет, форм для регистрации; формирование выборки для проведения опросов; подготовку интервьюеров.

На этапе сбора первичной информации рекомендовалось проведение повторного анализа нормативных документов, сбор и обработка первичной информации, независимый выборочный контроль исполнителей, заполнение отчетных форм.

Заключительный этап должен был обеспечить систематизацию полученных данных, сопоставление их с нормативно установленными значениями, выявление территориальных особенностей деятельности медицинских организаций, анализ динамики значений, формирование рейтинга медицинских организаций. Также на заключительном этапе должно проводиться общественное обсуждение результатов независимой оценки качества, разработка предложений по улучшению качества работы организаций, публикация результатов оценки и рейтинга медицинских организаций.

По итогам проведения независимой оценки общественный совет должен разрабатывать и направлять медицинским организациям предложения по улучшению качества их работ. Медицинские организации в свою очередь должны разрабатывать и утверждать планы по повышению качества, предусматривающие меры, направленные

на решение выявленных проблем, повышение уровня удовлетворенности потребителей медицинских услуг, обеспечение реализации ожиданий пациентов, и размещать их на официальных сайтах.

По мнению разработчиков методических рекомендаций результаты проведения независимой оценки качества будут направлены на:

• обеспечение потребителей услуг в сфере здравоохранения дополнительной информацией о качестве работы медицинской организации, в том числе путем формирования рейтингов медицинских организаций, в целях реализации принадлежащего потребителям права выбора конкретной медицинской организации для получения услуг в сфере здравоохранения;

• определение результативности деятельности медицинской организации и принятие своевременных мер по повышению эффективности или по оптимизации ее деятельности;

• своевременное выявление негативных факторов, влияющих на качество предоставления услуг в сфере здравоохранения, и устранение их причин путем реализации планов мероприятий, а также осуществление стимулирования руководителей и работников медицинских организаций.

Федеральным законом от 21 июля 2014 года № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования» в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 введена новая статья 79.1 «Независимая оценка качества услуг медицинскими организациями».

В соответствии с этой статьей независимая оценка качества услуг медицинскими организациями проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг и для повышения качества их деятельности и организуется общественными советами. Определена частота проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями – не чаще 1 раза в год и не реже 1 раза в 3 года. Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями предусматривает оценку условия оказания услуг по таким общим критериям, как открытость и доступность информации о медицинской организации; комфорт-

ность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления медицинской услуги; доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации; удовлетворенность оказанными услугами.

В соответствии со статьей общественный совет по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями: определяет перечни медицинских организаций, в отношении которых проводится независимая оценка качества; формирует предложения для разработки технического задания для организации, осуществляющей сбор, обобщение и анализ информации о качестве оказания услуг; имеет право разрабатывать дополнительные к установленным на федеральном уровне критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями; осуществляет независимую оценку качества оказания услуг и представляет результаты независимой оценки и предложения по улучшению деятельности медицинских организаций в органы государственной власти субъектов РФ.

В связи с принятием Федерального закона № 256-ФЗ письмом Минтруда России № 11-3/П-5546 от 26 сентября 2014 г. в субъекты РФ был направлен перечень мероприятий по организации проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования, в который вошли формирование общественных советов по проведению независимой оценки (общий или при каждом отраслевом органе исполнительной власти); обеспечение технической возможности выражения общественного мнения на официальных сайтах органов исполнительной власти и организаций; организация учета информации о результате независимой оценки при выработке мер по совершенствованию работы организаций; обеспечение открытости и доступности информации о деятельности организаций; ведение мониторинга. Также письмом определены направления деятельности организации-оператора по сбору, обобщению и анализу информации о качестве услуг.

Постановлением Правительства РФ от 14.11.2014 № 1202 координацию деятельности по проведению независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального об-

служивания, охраны здоровья и образования и общее методическое обеспечение проведения указанной оценки осуществляет Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации.

Постановлением Правительства РФ от 14.11.2014 № 1203 Министерство финансов РФ определено уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, определяющим состав информации о результатах независимой оценки качества образовательной деятельности организаций, осуществляющих образовательную деятельность, оказания услуг организациями культуры, учреждениями и предприятиями социального обслуживания, медицинскими организациями и порядок ее размещения на официальном сайте для размещения информации о государственных и муниципальных учреждениях в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2014 № 956н утверждены информация, необходимая для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требования к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

2.2. Организация формирования рейтингов учреждений здравоохранения

Первые итоги работы по формированию рейтингов, проведенные Е.А. Тарасенко, показали, что отсутствие единой методологии привело к крайней разнородности региональных рейтингов, вследствие чего они не могли быть сопоставлены между собой. Одни рейтинги базировались на статистических показателях деятельности учреждений, другие – только на удовлетворенности пациентов, при этом часто не были конкретизированы технология и критерии оценки. Также отрицательным моментом явилась управленческая ориентированность разработанных рейтингов, отсутствие информации для пациента о качестве медицинской помощи в конкретном медицинском учреждении [74].

С целью обеспечения единых подходов к формированию рейтин-

гов приказом Министерства здравоохранения РФ № 503 от 12 сентября 2014 года были утверждены Методические рекомендации по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения.

В соответствии с методическими рекомендациями предполагается проводить оценку деятельности учреждений на основе анализа объективных показателей и независимой оценки качества работы.

Рейтинг формируется с учетом номенклатуры медицинских организаций, утвержденной приказом МЗ РФ от 06.08.2013 № 529н, по объективным показателям, характеризующим деятельность медицинских организаций и основанных на действующих формах статистического учета. Рейтинг по объективным показателям проводится по трем группам показателей, характеризующих ресурсное обеспечение организации, процесс и результативность оказания медицинской помощи. Каждый показатель имеет определенный вес по 10-балльной системе.

Предложены следующие критерии:

1. Для оценки деятельности поликлиник:

• среднее число жителей, приходящихся на одно физическое лицо врача;

• доля врачей, имеющих квалификационные категории в общей численности врачей;

• индекс обеспеченности медицинской и компьютерной техникой;

• число обоснованных жалоб граждан на действия медицинских работников поликлиники, %;

• частота вызовов скорой медицинской помощи (на 1000 населения);

• частота выявления больных злокачественными новообразованиями в 4-й стадии всех локализаций и в 3-й стадии визуальных локализаций, %;

• число случаев инвалидности в трудоспособном возрасте, возникших в результате некачественной, неквалифицированной медицинской помощи (на 1000 прикрепившегося населения).

2. Для оценки деятельности участковой службы:

• среднее число жителей, приходящихся на одно физическое лицо врача участковой службы;

• доля врачей, имеющих квалификационные категории, в общей

численности врачей участковой службы;

• частота расхождений диагнозов врача участковой службы и стационара, %;

• индекс обеспеченности медицинской и компьютерной техникой;

• число обоснованных жалоб граждан на действия медицинских работников поликлиники, %;

• удельный вес страдающих хроническими заболеваниями, охваченных школой пациентов, %;

• частота вызовов скорой медицинской помощи (на 1000 населения);

• частота осложнений (инфарктов миокарда, мозговых инсультов) среди прикрепившихся пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (на 1000 прикрепленного населения);

• частота осложнений среди лиц, больных диабетом;

• частота выявления больных злокачественными новообразованиями в 4 стадии всех локализаций и в 3-й стадии визуальных локализаций, %.

3. Для оценки деятельности женских консультаций:

• доля врачей-специалистов, имеющих квалификационные категории, в общей численности врачей-специалистов;

• индекс обеспеченности медицинской и компьютерной техникой;

• число обоснованных жалоб граждан на действия медицинских работников женской консультации, %;

• доля беременных, закончивших беременность, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности, %;

• доля женщин, поступивших под наблюдение со сроком до 12 недель беременности, %;

• доля женщин, закончивших беременность, которым было проведено скрининговое УЗИ плода, в %;

• удельный вес женщин, закончивших беременность до 22 недель, %;

• удельный вес преждевременных родов, %;

• число абортов на 100 родов у женщин фертильного возраста в зоне ответственности женской консультации.

4. Для оценки деятельности больниц:

• среднее число коек на одного врача соответствующей специальности;

• доля врачей-специалистов, имеющих квалификационные категории, в общей численности врачей-специалистов;

• наличие анестезиологической службы и блока интенсивной терапии;

• организация оказания медицинской помощи в экстренной форме в ночное время, выходные и праздничные дни, в т. ч. дежурства на дому;

• индекс обеспеченности медицинской и компьютерной техникой;

• число обоснованных жалоб граждан на действия медицинских работников женской консультации, %;

• частота осложнений после проведенных операций, манипуляций и иных вмешательств;

• частота внутрибольничного инфицирования, %;

• частота расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов, % к числу вскрытий;

• больничная летальность;

• повторность госпитализации в пределах от 30 до 90 дней по поводу заболевания, установленного при выписке, по вине медицинского персонала, %.

5. Для оценки деятельности акушерских стационаров (перинатальных центров, родильных домов):

• среднее число коек на одного врача акушера-гинеколога;

• доля врачей-специалистов, имеющих квалификационные категории, в общей численности врачей-специалистов, %;

• наличие анестезиологической службы и блока интенсивной терапии;

• организация оказания медицинской помощи в экстренной форме в ночное время, выходные и праздничные дни, в т. ч. дежурства на дому;

• индекс обеспеченности медицинской и компьютерной техникой;

• частота нормальных родов, %;

• частота септических осложнений в родах и послеродовом периоде (на 1000 родов);

• частота родоразрешения путем кесарева сечения;

• частота родоразрешения женщин с рубцом на матке естественным путем;

• родовая травма (на 1000 родившихся живыми);

• смертность новорожденных в родовспомогательных учреждениях (на 1000 родившихся живыми).

6. Для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь:

• доля врачей-специалистов, имеющих квалификационные категории, в общей численности врачей-специалистов, %;

• наличие центра тиражирования новых технологий и подготовки кадров;

• наличие телекоммуникационного консультативного центра;

• доля врачей-специалистов, имеющих квалификационные категории, в общей численности врачей-специалистов, %;

• наличие анестезиологической службы и блока интенсивной терапии;

• организация оказания медицинской помощи в экстренной форме в ночное время, выходные и праздничные дни, в т. ч. дежурства на дому;

• индекс обеспеченности медицинской и компьютерной техникой;

• среднее время ожидания плановой госпитализации для получения высокотехнологичной медицинской помощи, дни;

• число обоснованных жалоб граждан на действия медицинских работников;

• частота осложнений после проведенных операций, манипуляций и иных вмешательств;

• частота расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, % к числу вскрытий);

• частота внутрибольничного инфицирования, %;

• больничная летальность при ВМП;

• повторность госпитализации, в пределах от 30 до 90 дней, по поводу заболевания, установленного при выписке, по вине медицинского персонала, %

В приложениях №№ 7–12 к Методическим рекомендациям даны разъяснения по показателям, используемым при оценке деятельности медицинских организаций и их значимости в баллах.

Также дана модель расчета интегрального показателя для сравнительной оценки деятельности медицинских организаций и расчет значений показателей оценки в зависимости от вида медицинских учреждений с коэффициентом значимости по 10-балльной шкале.

В частности, для медицинских организаций в амбулаторных условиях использованы следующие показатели:

• доля пациентов, которые записались на прием врача при первом обращении в медицинскую организацию, % – коэффициент значимости 7;

• средняя длительность ожидания посещения врача с момента записи на прием – 10;

• доступность записи на прием к врачу по телефону, с использованием сети «Интернет», в регистратуре, посредством личного общения с врачом – 6;

• время ожидания посещения врача в очереди, мин – 7;

• удовлетворенность условиями ожидания приема врача в очереди, % – 7;

• доступность получения медицинской помощи на дому, % – 9;

• время ожидания плановой госпитализации с момента получения направления, дни – 8;

• время ожидания результатов диагностического исследования, дни – 8;

• удовлетворенность посещением медицинской организации, % – 8;

• доля пациентов, готовых рекомендовать медицинскую организацию для получения медицинской помощи, % – 7;

• доля пациентов, удовлетворенных качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации, % – 7.

Для медицинских организаций в стационарных условиях использованы следующие показатели:

• доля пациентов, удовлетворенных продолжительностью, условиями ожидания, отношением медицинских работников в приемном отделении, % – коэффициент значимости 6;

• удовлетворенность действиями врачей и медсестер по обезболиванию, баллы – 8;

• удовлетворенность отношением врачей и медсестер во время пребывания в медицинской организации, баллы – 9;

• доля пациентов, удовлетворенных питанием в медицинской организации, % – 9;

• удовлетворенность пребыванием в медицинской организации в

ночное время, баллы – 6;

• доля пациентов, удовлетворенных качеством уборки помещений, освещением комнат, температурным режимом, % – 7;

• удовлетворенность действиями медицинских работников медицинской организации по уходу, баллы – 8;

• доля пациентов, у которых не возникла необходимость приобретать лекарственные средства, необходимые для лечения, за свой счет, % – 9;

• доля пациентов, у которых не возникла необходимость оплачивать дополнительные диагностические исследования за свой счет, % – 9;

• доля пациентов, удовлетворенных условиями оказания медицинской помощи, % – 9;

• доля пациентов, готовых рекомендовать медицинскую организацию для получения медицинской помощи, % – 7;

• доля пациентов, удовлетворенных качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации, % – 7.

Приказом Минздрава России от 28.11.2014 № 787н утверждены показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.

В амбулаторных условиях

1. Открытость и доступность информации о медицинской организации характеризуется:

• показателем рейтинга на официальном сайте для размещения информации о государственных и муниципальных учреждениях в баллах;

• полнотой, актуальностью и понятностью информации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации (в т. ч. общей информацией, информацией о медицинской деятельности, о медицинских работниках), баллы;

• наличием и доступностью на официальном сайте способов обратной связи с потребителями услуг: форма подачи электронного обращения, анкета для оценки качества услуг в электронном виде, %;

• долей потребителей услуг, удовлетворенных качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицин-

ской организации, %;

• долей потребителей услуг, удовлетворенных качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте, %.

2. Комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения характеризуются:

• долей потребителей услуг, которые записались на прием к врачу при первом обращении в медицинскую организацию, %;

• средним сроком ожидания приема врача с момента записи на прием (относительно сроков ожидания, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), дни;

• доступностью записи на прием к врачу: по телефону, с использованием сети Интернет, в регистратуре лично, лечащим врачом на приеме при посещении, баллы;

• долей потребителей услуг, удовлетворенных условиями пребывания в медицинской организации, %;

• долей потребителей услуг с ограниченными возможностями здоровья, удовлетворенных условиями пребывания в медицинской организации,%.

3. Время ожидания предоставления медицинской услуги характеризуют:

• средний срок ожидания диагностического исследования с момента получения направления на диагностическое исследование (относительно сроков ожидания, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), дни;

• доля потребителей услуг, которых врач принял во время, установленное по записи, %;

• доля потребителей услуг, которым диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи, %.

4. Доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации характеризуют:

• доля потребителей услуг, положительно оценивающих доброжелательность и вежливость работников медицинской организации, %;

• доля потребителей услуг, положительно оценивающих компетентность медицинских работников медицинской организации, %.

5. Удовлетворенность оказанными услугами в медицинской организации характеризуют:

• доля потребителей услуг, удовлетворенных оказанными услугами, %;

• доля потребителей услуг, готовых рекомендовать медицинскую организацию для получения медицинской помощи, %.

В стационарных условиях

1. Открытость и доступность информации о медицинской организации характеризуется:

• показателем рейтинга на официальном сайте в сети Интернет для размещения информации о государственных и муниципальных учреждениях, баллы;

• полнотой, актуальностью и понятностью информации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации (в т. ч. общей информацией, информацией о медицинской деятельности, о медицинских работниках), баллы;

• наличием и доступностью на официальном сайте способов обратной связи с потребителями услуг: форма подачи электронного обращения, анкета для оценки качества услуг в электронном виде), %;

• долей потребителей услуг, удовлетворенных качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации, %;

• долей потребителей услуг, удовлетворенных качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте, %.

2. Комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения характеризуются:

• долей потребителей услуг, удовлетворенных условиями пребывания в медицинской организации, %;

• долей потребителей услуг, удовлетворенных питанием в медицинской организации, %;

• долей пациентов, у которых не возникла необходимость приобретать лекарственные средства, необходимые для лечения, за свой счет, %;

• долей пациентов, у которых не возникла необходимость оплачивать дополнительные диагностические исследования за свой счет, %;

• долей потребителей услуг с ограниченными возможностями здоровья, удовлетворенных условиями пребывания в медицинской организации, %.

3. Время ожидания в очереди при получении медицинской услуги характеризуют:

• среднее время ожидания в приемном отделении медицинской организации, дни;

• средний срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию (относительно сроков ожидания, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), дни;

• доля потребителей услуг, госпитализированных в назначенный срок плановой госпитализации, %.

4. Доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации характеризуют:

• доля потребителей услуг, положительно оценивающих доброжелательность и вежливость работников медицинской организации, %;

• доля потребителей услуг, положительно оценивающих компетентность медицинских работников медицинской организации, %.

5. Удовлетворенность оказанными услугами в медицинской организации характеризуют:

•доля потребителей услуг, удовлетворенных оказанными услугами, %;

• доля потребителей услуг, готовых рекомендовать медицинскую организацию для получения медицинской помощи, %.

• доля потребителей услуг, удовлетворенных действиями персонала медицинской организации по уходу, %.

14.05.2015г. приказом Министерства здравоохранения РФ № 239 были отменены приказы №№ 810а и 503, а приказом № 240 утверждены Методические рекомендации по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.

Основными отличиями новых Методических рекомендаций является то, что они направлены на независимую оценку качества оказа-

ния услуг медицинскими организациями, а не на проведение независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений. Основным критерием обязательности проведения независимой оценки установлено участие медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, независимо от их ведомственной принадлежности и формы собственности. Также изменена кратность проведения независимой оценки – не чаще одного раза в год и не реже раза в три года.

Согласно рекомендациям независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм общественного контроля. Показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, утверждены приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.11.2014г. № 787н. При проведении независимой оценки качества оказания услуг используется общедоступная информация о медицинских организациях, размещаемая, в том числе, в форме открытых данных.

Важным является то, что в новых Методических рекомендациях изменены анкеты для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных и стационарных условиях, в которые, в частности, вошли новые вопросы о причинах обращения в медицинскую организацию, наличии ограничений трудоспособности, доступности медицинской организации для лиц с ограниченными возможностями. Предусмотрено проведение анкетирования как в электронном виде, так и на бумажных носителях.

В целом анализ нормативно–правовой базы, характеризующейся быстрой сменой регламентирующих документов, по нашему мнению, свидетельствует об отсутствии единых подходов к организации независимой оценки медицинских услуг и формированию рейтингов медицинских организаций.

2.3. Формирование рейтингов в Архангельской области

В Архангельской области подходы к формированию рейтингов медицинских организаций были определены по следующим направлениям:

1) в рамках независимой системы оценки качества работы государственных медицинских организаций Архангельской области в соответствии с подпунктом «к» пункта 1 Указа Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 марта 2013 года № 286 «О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2013 года № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения;

2) в рамках оценки эффективности деятельности медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Архангельской области, в соответствии с рекомендованной письмом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 февраля 2012 года № 14-3/10/2-1243 методикой оценки деятельности медицинских организаций, основанной на расчете статистических показателей деятельности медицинских организаций (внутрибольничная летальность, среднее число дней работы койки в году, число (процент) осложнений после проведенных операций, выполнение функции врачебной должности, доля посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, оказанных за счет государственных источников финансирования, доля койко-дней в стационарах медицинских организаций за счет государственных источников финансирования, доля пациенто-дней в дневных стационарах медицинских организаций всех типов за счет государственных источников финансирования, укомплектованность медицинской организации врачебными кадрами, средним медицинским персоналом, доля врачей и средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию).

Независимая система оценки качества работы государственных медицинских организаций Архангельской области является разновидностью общественного контроля в сфере регионального здравоохранения и основана на оценке независимого мнения граждан,

экспертов, общественных объединений о деятельности подведомственных министерству здравоохранения Архангельской области медицинских организаций. С целью формирования независимой системы оценки качества деятельности государственных медицинских организаций Архангельской области и защиты прав пациентов распоряжением министерства здравоохранения Архангельской области от 19 июня 2013 года № 336-рд образован общественный совет при министерстве здравоохранения Архангельской области и утвержден его состав. В соответствии с подпунктом 2 пункта 4 статьи 79.1 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в целях создания условий для организации проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями на территории Архангельской области распоряжением министерства утверждено положение об общественном совете. В настоящее время в состав общественного совета входят представители 34 общественных объединений.

Проведение независимой оценки качества работы медицинских организаций и выстраивание их рейтингов направлены на реализацию пациентом права выбора медицинской организации, повышение уровня удовлетворенности населения работой медицинских организаций, в том числе качеством и доступностью медицинской помощи, улучшение информированности потребителей о качестве работы медицинских организаций и об оказываемых медицинских услугах. Основу данной системы составляет оценка потребителями медицинских услуг неклинических показателей деятельности медицинских организаций по следующим блокам: открытость и доступность информации о медицинской организации, комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья; время ожидания в очереди при получении медицинской услуги; доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации; удовлетворенность качеством обслуживания в медицинской организации (с учетом Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здра-

воохранения, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2013 года № 810а).

С 2013 года членами общественного совета при министерстве здравоохранения Архангельской области проводится изучение общественного мнения о доступности и качестве медицинской помощи, удовлетворенности населения Архангельской области оказываемой медицинской помощью, а также оценка сайтов государственных медицинских организаций Архангельской области на предмет открытости и доступности информации, представленной медицинской организацией для населения.

С этой целью с учетом трехкомпонентного подхода (структура, технология, результат) министерством здравоохранения Архангельской области совместно с государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Северным государственным медицинским университетом» Министерства здравоохранения Российской Федерации разработана анкета для изучения общественного мнения о доступности и качестве медицинской помощи, которая включала вопросы, сгруппированные по блокам:

• блок удовлетворенности качеством технологий медицинской помощи (удовлетворенность питанием, лечением, диагностикой, условиями пребывания);

• блок удовлетворенности доступностью медицинской помощи (сроки ожидания госпитализации, покупка лекарств в период стационарного лечения);

• блок удовлетворенности качеством результата медицинской помощи (удовлетворенность оказанием медицинской помощи, готовность рекомендовать).

Определены коэффициенты вклада отдельных факторов в общую оценку удовлетворенности качеством медицинской помощи.

Кроме того, для оценки сайтов государственных медицинских организаций была подготовлена анкета, позволяющая оценить информационную открытость и доступность медицинских организаций с учетом критериев оценки работы медицинских организаций, рекомендованных Минздравом России по итогам реализации пилотного проекта в Республике Башкортостан и Пермском крае.

Анкеты для изучения удовлетворенности населения Архангельской области медицинской помощью и для оценки сайтов государственных медицинских организаций размещены в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», что позволило проводить независимую оценку непосредственно со своего компьютера, не выходя из дома или офиса.

В рамках формирования независимой оценки качества работы государственных медицинских организаций Архангельской области помимо анкетирования потребителей услуг в сфере здравоохранения использован метод экспертных оценок. Экспертные заключения о качестве работы государственных медицинских организаций Архангельской области представлены общественными объединениями, входящими в состав общественного совета при министерстве здравоохранения Архангельской области.

В рамках реализации мероприятий по формированию независимой системы оценки качества работы государственных медицинских организаций Архангельской области представителями общественных организаций в 2013 году проведена работа по изучению общественного мнения о доступности и качестве медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях. Оценивались неклинические показатели деятельности медицинских организаций: доступность медицинской помощи, доброжелательность медицинских работников, комфортность условий пребывания, открытость и доступность информации о медицинской организации.

Из 73 медицинских организаций независимая оценка проведена в отношении 24, из них работа 5 медицинских организаций признана хорошей, 19 – удовлетворительной. По результатам независимой оценки сформирован и размещен на официальном сайте министерства здравоохранения Архангельской области рейтинг медицинских организаций.

Информация о деятельности совета (состав совета, план работы, протоколы заседаний, анкета по изучению удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи, рейтинг государственных медицинских организаций Архангельской области по результатам независимой оценки качества работы) размещена на официальном сайте министерства.

При формировании независимой системы оценки качества работы государственных медицинских организаций Архангельской области в 2013 году отмечался низкий уровень доверия у представителей пациентского сообщества к системе общественного контроля в сфере здравоохранения и, как следствие, – низкая активность представителей общественных организаций при сборе первичных данных (анкетирование, экспертные заключения).

В июне 2014 года состоялась видеоконференция «Открытое декларирование приоритетных целей и задач министерства на 2014 год» с участием представителей общественного совета, руководителей государственных медицинских организаций. В настоящее время представители общественных организаций принимают участие в работе коллегии министерства.

Вопрос о роли общественных организаций Архангельской области в проведении общественного контроля за качеством предоставления медицинских услуг населению рассмотрен на заседании межведомственной комиссии по охране здоровья граждан и контролю качества медицинской помощи при Губернаторе Архангельской области, в том числе обсуждено участие представителей общественных организаций в создаваемых органами государственной власти региона комиссиях и советах, в оказании адресной материальной и информационной помощи нуждающимся, в реализации социально-направленных программ.

Оценка эффективности деятельности государственных медицинских организаций Архангельской области в соответствии с методикой, рекомендованной письмом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 февраля 2012 года № 14-3/10/2-1243, основана на оценке индикаторов структуры (укомплектованность врачебными кадрами и средним медицинским персоналом, доля врачей и среднего медицинского персонала, имеющего квалификационную категорию), индикаторов процесса (выполнение функции врачебной должности, доля посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, оказанных за счет государственных источников финансирования, доля койко-дней в стационарах медицинских организаций за счет государственных источников финансирования, доля пациенто-дней в дневных стациона-

рах медицинских организаций всех типов за счет государственных источников финансирования) и индикаторы результата (внутрибольничная летальность, среднее число дней работы койки в году, число (процент) осложнений после проведенных операций, удовлетворенность населения медицинской помощью).

На наш взгляд, наиболее целесообразно при формировании рейтинга государственных медицинских организаций использовать итегральную оценку качества медицинской помощи, учитывающую показатели и критерии, использованные при проведении независимой системы оценки качества работы государственных медицинских организаций, а также официальные статистические данные.

С учетом позиции медицинской организации в рейтинге качества медицинской помощи у органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения появляется реальная возможность принимать управленческие решения по проведению структурных преобразований в региональной системе здравоохранения, в том числе в части реорганизации неэффективных маломощных медицинских организаций с учетом сформировавшихся потоков пациентов, применять механизмы экономического стимулирования деятельности медицинских организаций, а также руководителей медицинских организаций в рамках «эффективного контракта».

Формирование и опубликование таких рейтингов медицинских организаций в информационно-телекоммуникационный сети «Интернет» позволяет пациенту осознанно реализовать свое право на выбор медицинской организации для получения квалифицированной качественной и доступной медицинской помощи.

Кроме того, в соответствии со статьей 33 областного закона Архангельской области от 18 марта 2013 года № 629-38-ОЗ «О реализации государственных полномочий Архангельской области в сфере охраны здоровья граждан» при 67 медицинских организациях (93 процента от общего количества медицинских организаций) сформированы общественные советы, в состав которых включены представители общественных объединений и организаций, принимающих активное участие в обсуждении вопросов оптимизации сети медицинских организаций или их реструктуризации.

ГЛАВА 3
ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

С целью выявления факторов, определяющих удовлетворенность потребителей качеством медицинской помощи, оказываемой в медицинских учреждениях Архангельской области, работающих в системе обязательного медицинского страхования, в 2012–2013 гг. сотрудниками Северного государственного медицинского университета проведено социологическое исследование методом анкетирования пациентов в указанных организациях.

Для достижения поставленной цели были поставлены и решены следующие задачи:

1. Изучена степень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказанной в медицинских учреждениях области, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

2. Дана количественная оценка дополнительным расходам пациентов на лекарственные препараты и медицинские услуги.

3. Выделены факторы, ассоциированные со степенью удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказанной в медицинских учреждениях области, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

4. Выделены факторы, ассоциированные с величиной дополнительных расходов пациентов на лекарственные препараты и медицинские услуги, оказанные в медицинских учреждениях области, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

3.1. Организация, материалы и методы исследования

Проведено социологическое исследование методом анкетирова-

ния пациентов, получавших медицинскую помощь в медицинских учреждениях Архангельской области, работающих в системе обязательного медицинского страхования. В качестве инструмента исследования использовалась анкета, разработанная сотрудниками Северного государственного медицинского университета (приложение 1). Инструмент был апробирован и валидизирован в ходе пилотного исследования, результаты которого свидетельствовали о достаточной тест-ретестовой надежности получаемых данных (альфа Кронбаха> 0,85).

Объем выборки был рассчитан с помощью программного обеспечения, предоставляемого в свободное пользование Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для исследований по созданию программ развития здоровья (The STEPS Sample Size Calculator).

На первом этапе было рассчитано базовое значение объема выборки по формуле:

BSS = [LCM2 × (EPRF × (1 - EPRF)] / MOE2 = 384,2, где

BSS (base sample size) – базовый объем выборки;

LCM (level of confidence measure) – степень достоверности результатов (выбрано значение 1,96, которое соответствует 95% доверительному интервалу);

EPRF (estimated prevalence of risk factors) – ориентировочная распространенность изучаемого фактора риска в исследуемой популяции (выбрано наиболее консервативное значение в 50 % (0,5));

MOE – margin of error – уровень допустимой погрешности (выбрано рекомендованное значение для социологических исследований – 0,05).

На втором этапе рассчитанное базовое значение объема выборки было умножено на коэффициент эффекта дизайна – 1,5 (рекомендованное экспертами ВОЗ значение коэффициента) и на коэффициент, равный количеству групп сравнения (2). Соответственно, объем выборки в отношении предполагаемых групп сравнения равен:

CSS = BSS× DE × G = 1152,6, где

CSS (corrected sample size) – объем выборки, скорректированный на коэффициент дизайна;

BSS (base sample size) – базовый объем выборки;
DE (design effect) – коэффициент эффекта дизайна (1,5);
G – количество групп сравнения (2).

На третьем этапе при расчете окончательного объема выборки полученное значение корректируется на уровень ожидаемого правильного ответа (предполагаемой доли заполненных анкет). При отсутствии достоверных сведений о значении данного коэффициента для изучаемой популяции в расчет был взят коэффициент равный 0,6 (предполагалось, что не менее 60 % анкет будут возвращены).

FSS = CSS / NRR = 1921, где
FSS (final sample size) – окончательный объем выборки;
CSS (corrected sample size) – объем выборки, скорректированный на коэффициент дизайна;
NRR (non-responserate) – уровень ожидаемого правильного ответа.

Таким образом, при приблизительной численности генеральной совокупности в 1056000 человек (мужчины и женщины в возрасте 18 лет и старше, проживающие на территории Архангельской области) окончательный расчетный объем выборки составил 1921 человек. Всего в исследовании приняли участие 1960 респондентов.

Для соблюдения репрезентативности выборки была учтена особенность распределения населения Архангельской области в зависимости от места проживания в городах и сельских населенных пунктах. Согласно данным Всероссийской переписи населения в 2010 года, это соотношение составило 75,7 к 24,3 %. В данном социологическом исследовании 1306 респондентов (66,6 %) проживали в городах, 654 (33,4 %) – в сельских районах.

Критериями включения респондентов в социологическое исследование явились соответствующий возраст (старше 18 лет), проживание на территории региона, факт обращения за медицинской помощью в течение 1 года, предшествовавшего исследованию, а также наличие письменного согласия участвовать в исследовании и обработку персональных данных. Специальные критерии исключения респондентов не разрабатывались. Использовался простой случай-

ный способ формирования выборки – по спискам населения, прикрепленного к городским и районным поликлиникам области, были случайно отобраны потенциальные респонденты, которые затем проанкетированы при участии представителей общественных организаций и обучающихся Северного государственного медицинского университета.

При проведении статистического анализа использовались количественные и качественные переменные. Количественные данные были представлены в виде средних величин, качественные – в виде процентных долей. Для оценки различия между средними величинами использовались непараметрические тесты Манна–Уитни и Краскела–Уоллиса. Для определения наличия взаимосвязи между качественными переменными использовались точный тест Фишера и тест Хи-квадрат Пирсона. Сила обнаруженной статистической связи оценивалась расчетом коэффициента V (Cramer's) для многопольных таблиц или коэффициента phi для двупольных таблиц. Для оценки взаимного влияния факторов на удовлетворенность респондентов качеством медицинской помощи была выполнена серия процедур логистического регрессионного анализа. Для выделения факторов, ассоциированных со степенью удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, а также факторов, ассоциированных с величиной дополнительных расходов пациентов на лекарственные препараты и медицинские услуги, оказанных в медицинских учреждениях области, работающих в системе обязательного медицинского страхования, использовался логистический регрессионный анализ. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 21 и WinPEPI (расчет 95 % доверительных интервалов (ДИ) средних и относительных величин методом Fisher).

В анкетировании приняли участие 1 960 респондентов. В результате исследования были установлены 17 медицинских организаций Архангельской области, в которых проходили лечение и обследование вышеуказанные респонденты (табл. 1).

Таблица 1

Перечень медицинских организаций, пациенты которых (респонденты) приняли участие в социологическом исследовании

ГБУЗ АО «Устьянская центральная районная больница»	ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница № 1», поликлиника №1
ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»	ГБУЗ АО «Северодвинская городская поликлиника № 2 «Ягры»
ГБУЗ АО «Архангельская городская поликлиника № 1»	ГБУЗ АО «Новодвинская центральная городская больница»
ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника № 2»	ГБУЗ АО «Няндомская центральная районная больница»
ГБУЗ АО «Архангельская городская поликлиника № 3»	ФГБУЗ «Северный медицинский клинический центр им. Н.А. Семашко ФМБА»
ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 4»	ГБУЗ АО «Архангельская городская поликлиника № 14»
ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6»	ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница № 2 СМП», поликлиника № 3
ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по Архангельской области»	ФГБУЗ ЦМСЧ № 58 ФМБА России
Железнодорожная поликлиника № 2	

Из общего числа опрошенных 2/3 респондентов составили женщины (1312 чел.) и 1/3 мужчины (648 чел.) (рис. 1).

Рис. 1. Распределение респондентов по полу, %

В структуре респондентов в зависимости от места проживания преобладают горожане (1306 чел.); жителей сельских районов – 654 чел. (рис. 2).

Рис. 2. Распределение респондентов в зависимости от места проживания, %

Средний возраст мужчин, принявших участие в анкетировании, составил 39,1 лет (SD = 13,1); женщин – 41,8 лет (SD = 13,7).

Структура выборки респондентов по роду занятий представлена в таблице 2. Среди опрошенных преобладают служащие и рабочие.

Таблица 2

Структура респондентов в зависимости от рода занятий, абс. (%)

	Рабочие	Служащие	Предприниматели	Пенсионеры	Учащиеся	Безработные	Домохозяйки	Другое
Мужчины	320 (49,4)	228 (35,2)	4 (0,6)	67 (10,3)	17 (2,6)	3 (0,5)	0 (0,0)	9 (1,4)
Женщины	351 (26,8)	758 (57,8)	9 (0,7)	163 (12,4)	4 (0,3)	7 (0,5)	17 (1,3)	3 (0,2)

Почти 2/3 респондентов посещают медицинские учреждения 1 – 3 раза в год вне зависимости от места проживания (χ^2 = 1,18, p = 0,554) (рис. 3).

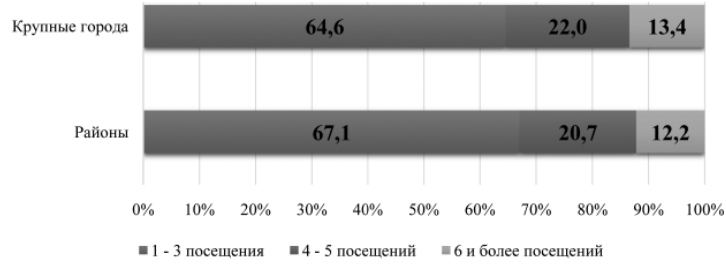

Рис. 3. Распределение респондентов в зависимости от количества посещений медицинских учреждений в год, %

Материальное положение респондентов оценивалось исходя из значения среднего дохода на одного человека в семье в месяц (табл. 3).

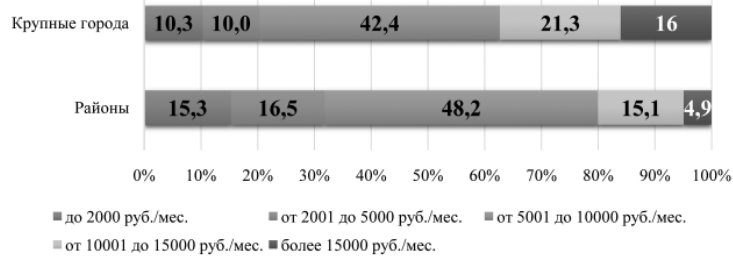

Рис. 4. Распределение респондентов в зависимости от величины доходов на одно человека в месяц и места проживания, %

Средний доход респондента, проживающего в крупном городе (Архангельск и Северодвинск), составил 10827,3 руб. (SD = 8681,7); тот же показатель для респондента, проживающего в районах, – 7613,1 руб. (SD = 5229,8) в месяц. Медианный доход респондента, проживающего в городах, составил 10000,0 руб.; в районах – 7000,0 руб. в месяц.

3.2. Удовлетворенность пациентов Архангельской области первичной медико-санитарной помощью, оказываемой в поликлиниках, и определяющие ее факторы [39]

Доля граждан, ответивших утвердительно на вопрос об удовлетворенности качеством первичной медико-санитарной медицинской

помощи в поликлиниках (поликлинических отделениях больниц) региона, в целом, одинаковая в крупных городах (Архангельск и Северодвинск) и сельских районах (табл. 3). Не удовлетворен качеством этого вида медицинской помощи каждый третий респондент.

Таблица 3

Распределение респондентов в зависимости от удовлетворенности качеством первичной медико-санитарной медицинской помощи и места проживания*, % (95 % ДИ)

	Крупные города	Районы
Удовлетворены	31,1 (26,6–33,7)	34,4 (30,8–38,2)
Не удовлетворены	40,4 (37,7–43,1)	29,2 (25,7–32,9)
Затруднились с ответом	28,5 (26,1–31,1)	36,4 (32,7–40,2)

Примечание: * – среди тех, кто обращался за данным видом медицинской помощи ($\chi^2 = 24{,}96$, $p < 0{,}001$).

Чаще всего респонденты испытывают недоброжелательность со стороны работников регистратуры и врачей; реже – со стороны младшего медицинского персонала и администрации (табл. 4). В целом, ответы жителей городов и сельских районов на данный вопрос совпадают, за исключением оценки отношения со стороны работников регистратуры.

Таблица 4

Доля респондентов, сталкивающихся с недоброжелательным отношением работников медицинских учреждений*, % (95% ДИ)

	Крупные города	Районы	p
Администрация	15,1 (12,8-17,8)	15,3 (11,9-19,1)	$p > 0{,}05$
Средний медицинский персонал	32,7 (29,5-35,9)	34,7 (30,7-39,6)	$p > 0{,}05$
Регистратура	25,2 (22,3-28,3)	23,0 (08,9-27,3)	$p > 0{,}05$
Младший медицинский персонал	46,1 (42,7-49,5)	38,8 (34,1-43,8)	$p < 0{,}05$

Примечание: * – среди тех, кто обращался за данным видом медицинской помощи.

Текущий график работы поликлиник Архангельской области удовлетворяет 49,1 % (95 % ДИ: 46,3–51,8 %) горожан и 50,5 % (95 %

ДИ: 46,6–54,4 %) жителей сельских районов (χ^2 = 0,337, p = 0,561).

Ожидание очереди на проведение назначенных лечащим врачом консультаций специалистов, лабораторных и инструментальных исследований является элементом, характеризующим доступность первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в поликлиниках. В целом, время ожидания дополнительных процедур в городах статистически значимо дольше, чем в сельских районах (табл. 5).

Таблица 5

Время ожидания очереди на проведение дополнительных консультаций или исследований *, %

	Крупные города			Районы			p
	до 2 недель	до 1 месяца	более месяца	до 2 недель	до 1 месяца	более месяца	
Консультации специалистов	52,3	34,1	13,6	75,2	17,4	7,4	p < 0,001
Лабораторные исследования	74,2	20,4	5,4	78,9	18,4	2,7	p < 0,05
Инструментальные исследования	43,9	34,1	22,0	63,5	23,9	12,6	p < 0,001

Примечание: ***** – среди тех, кто обращался за данным видом медицинской помощи.

Анализ влияния характеристик социально-демографического статуса на степень удовлетворенности респондентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в поликлиниках, работающих в системе обязательного медицинского страхования

Факторы, влияющие на степень удовлетворенности респондентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемых в поликлиниках, можно условно разделить на две группы в зависимости от возможности воздействия на них административными мерами. Группу немодифицируемых факторов в нашем исследовании образовывали:

- пол респондента,
- возраст респондента,

• уровень дохода на одного члена семьи респондента,

• место постоянного проживания респондента (крупные города или районы области),

• уровень образования респондента.

Группа модифицируемых факторов была представлена особенностями организации поликлинической службы региона: удовлетворенность графиком работы поликлиники (поликлинического отделения), наличие жалоб на недоброжелательность со стороны медицинских работников, время ожидания дополнительных обследований, консультаций специалистов, а также наличием или отсутствием дополнительных расходов на медикаменты или медицинские услуги у пациентов.

Для оценки взаимного влияния характеристик социально-демографического статуса на степень удовлетворенности респондентов качеством первичной медико-санитарной помощи была выполнена серия процедур логистического регрессионного анализа (табл. 6). Логистический регрессионный анализ позволяет выбрать из набора предикторов (факторов) те, которые самостоятельно влияют на исход (в данном случае – удовлетворенность потребителей качеством медицинских услуг) и исключить вмешивающиеся факторы (конфаундеры). Стоит пояснить значения некоторых показателей в таблицах, представленных ниже, для читателей, не знакомых с данной процедурой статистического анализа: ОШ (отношение шансов) – демонстрирует, во сколько раз повышаются или снижаются относительные шансы изучаемого исхода при том или ином значении предиктора; 95% ДИ – 95% доверительный интервал значения коэффициента ОШ; «р» – статистическая значимость; нескорректированные результаты – в модель включен только один предиктор; скорректированные результаты – помимо самого предиктора, в модель включен набор постоянных переменных (указаны ниже).

Таким образом, статистически значимыми факторами, ассоциированными с удовлетворенностью респондентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в медицинских учреждениях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, являются все предикторы, включенные в модель, кроме пола респондента. Ниже для примера мы охарактеризуем

Таблица 6

Взаимосвязь между характеристиками социально-демографического статуса (немодифицируемыми факторами) и удовлетворенностью респондентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в поликлиниках*

	Нескорректированные результаты			Скорректированные результаты**		
	ОШ	**95% ДИ**	**p**	**ОШ**	**95% ДИ**	**p**
Пол (референтная категория: мужчины)						
женщины	1,014	0,810–1,269	0,906	–	–	–
Возраст						
каждый дополнительный год жизни	1,023	1,014–1,031	<0,001	1,346	1,060 – 1,710	0,015
Место жительства (референтная категория: крупный город)						
сельские районы	1,525	1,209–1,924	<0,001	1,346	1,060–1,710	0,015
Образовательный статус: (референтная категория: высшее образование)						
среднее профессиональное	2,013	1,479 – 2,739	<0,001	1,735	1,279 – 2,408	<0,001
среднее	1,429	1,112 – 1,837	0,005	1,304	1,010 – 1,684	0,041
Уровень дохода на 1 члена семьи						
каждая дополнительная 1000 руб./мес.	1,016	1,001 – 1,031	0,036	1,017	1,002 – 1,033	0,025
Самооценка статуса здоровья: (референтная категория: «плохое»)						
«хорошее»	2,295	1,456 – 3,618	<0,001	5,150	3,066 – 8,048	<0,001
«удовлетворительное»	1,175	0,773 – 1,785	0,450	1,790	1,139 – 2,814	0,012

Примечания: * – в модели БЛРА были включены только те случаи, когда респондент обращался за данным видом медицинской помощи.

** – в модель БЛРА в качестве базовых предикторов одновременно были включены переменные пол, возраст, место жительства пациента (способ включения переменных в модель: backward elimination).

степень влияния на исход (быть удовлетворенном качеством медицинской помощи, оказанной в поликлиниках региона) отдельных переменных. Так, каждый дополнительный год жизни пациента, при коррекции результата на его пол и место жительства, увеличивает относительные шансы быть удовлетворенным данным видом медицинской помощи в 1,021 раза. Проживание в сельских районах увеличивает те же относительные шансы в 1,346 раза (или на 34,6 %). Каждая дополнительная 1000 руб. месячного дохода на одного члена семьи увеличивала относительные шансы быть удовлетворенным первичной медико-санитарной помощью в 1,017 раза. Респонденты со средним образованием в сравнении с имевшими высшее образование имели на 30,4 % более высокие относительные шансы быть удовлетворенными качеством медицинском помощи, оказываемой в поликлиниках; респонденты со средним профессиональным образованием имели на 73,5 % более высокие относительные шансы быть удовлетворенными указанным видом медицинской помощи, чем выпускники вузов. Наконец, самооценка состояния здоровья также оказалась значимым предиктором (при контроле на пол, возраст, место жительства респондента) удовлетворенности качеством первичной медико-санитарной помощи. Если состояние респондента оценивалось им самим как «хорошее», то относительные шансы быть удовлетворенным качеством медицинской помощи повышались в 5,15 раза в сравнении с теми, кто оценивал свое здоровье как «плохое». И если состояние здоровья респондента оценивается им как «удовлетворительное», то относительные шансы быть удовлетворенным качеством медицинской помощи повышались в 1,79 раза.

Во второй серии в качестве зависимой переменной также выступил факт удовлетворенности (1) или неудовлетворенности (0) респондентом качеством поликлинической помощи; в качестве независимых предикторов в модель включены: удовлетворенность графиком работы поликлиники (поликлинического отделения), наличие жалоб на недоброжелательность со стороны медицинских работников, время ожидания дополнительных обследований, консультаций специалистов, а также наличием или отсутствием дополнительных расходов на медикаменты или медицинские услуги у пациентов. Результаты второй серии процедур логистического регрессионного

анализа, которые представлены в таблице 7, свидетельствуют о том, что все предикторы, отнесенные нами к группе модифицируемых факторов, были статистически значимо ассоциированы с исходом (удовлетворенностью пациентов качеством поликлинической медицинской помощи).

Суммируя полученные данные, можно прийти к выводу о том, что оценка удовлетворенности пациентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в медицинских учреждениях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, имеет как объективную, так и субъективную составляющую. Объективная составляющая, по нашему мнению, отражает опыт взаимодействия пациента с системой здравоохранения; субъективная создается под воздействием его личных предпочтений и предубеждений.

Наличие субъективной составляющей доказывается зависимостью оценки удовлетворенности потребителем качества медицинской помощи от набора факторов, условно названных нами «немодифицируемыми». К ним относятся отдельные характеристики демографического и социально-экономического статуса (табл. 6). «Немодифицируемые» факторы не поддаются корректировке со стороны системы здравоохранения, следовательно, их необходимо учитывать при рейтинговой оценке медицинского учреждения (табл. 8).

Объективная составляющая оценки удовлетворенности потребителей качеством поликлинической помощи поддается «модификации» со стороны системы здравоохранения (табл. 7). Для этого необходимо изменение графика работы поликлиники, учебно-воспитательная работа с сотрудниками учреждений, оптимизация режима оказания консультативной помощи, диагностических процедур (рис. 4, 5).

Таблица 7

Взаимосвязь между факторами, относящимися к особенностям оказания поликлинической помощи (модифицируемыми факторами) и удовлетворенностью респондентов ее качеством *

	Нескорректированные результаты			Скорректированные результаты**		
	ОШ	**95% ДИ**	**p**	**ОШ**	**95% ДИ**	**p**
Недоброжелательность со стороны администрации (референтная категория: есть)						
нет	2,775	1,990 – 3,871	<0,001	2,792	1,995 – 3,908	<0,001
Недоброжелательность со стороны врачей (референтная категория: есть)						
нет	8,803	6,570 – 11,795	<0,001	8,997	6,686 – 12,107	<0,001
Недоброжелательность со стороны среднего медицинского персонала (референтная категория: есть)						
нет	2,833	2,154 – 3,726	<0,001	2,735	2,074 – 3,606	<0,001
Недоброжелательность со стороны младшего медицинского персонала (референтная категория: есть)						
нет	2,488	1,753 – 3,530	<0,001	2,390	1,678 – 3,403	<0,001
Недоброжелательность со стороны работников регистратуры (референтная категория: есть)						
нет	4,690	3,698 – 5,949	<0,001	4,436	3,490 – 5,638	<0,001
График работы поликлиники (референтная категория: неудобный)						
удобный	9,307	7,239 – 11,695	<0,001	9,405	7,276 – 12,159	<0,001
Время ожидания консультаций специалистов (референтная категория: более 2-х недель)						
менее 2-х недель	1,500	1,209 – 1,861	<0,001	1,489	1,195 – 1,855	<0,001

Продолжение таблицы 7

Время ожидания лабораторных исследований (референтная категория: более 2-х недель)						
менее 2-х недель	1,783	1,402 – 2,269	<0,001	1,721	1,348 – 2,196	<0,001
Время ожидания инструментальных исследований (референтная категория: более 2-х недель)						
менее 2-х недель	2,371	1,905 – 2,951	<0,001	2,416	1,935 – 3,016	<0,001
Дополнительные расходы на медицинские услуги						
каждые дополнительные 1000 руб./мес.		0,957 – 0,993	0,006	0,970	0,952 – 0,988	0,001

Примечания: * – в модели БЛРА были включены только те случаи, когда респондент обращался за данным видом медицинской помощи.

** – в модель БЛРА в качестве базовых предикторов одновременно были включены переменные пол, возраст, место жительства пациента (способ включения переменных в модель: backwardelimination).

Рис. 4. Модифицируемые системой здравоохранения факторы, влияющие на удовлетворенность респондентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в медицинских учреждениях Архангельской области, работающих в системе обязательного медицинского страхования

Таким образом, подводя итог изученной проблеме, можно сделать ряд выводов. Во-первых, оценка удовлетворенности пациентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в медицинских учреждениях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, имеет четко выраженные субъективную и объективную составляющую. Наличие дополнительных трат на медицинские услуги, низкая самооценка состояния своего здоровья, высокий образовательный статус являются факторами, снижающими удовлетворенность качеством поликлинической помощи. К факторам, повышающим удовлетворенность ее качеством относятся более высокий уровень доходов, старший возраст, проживание в сельских районах. Ведущими критериями, непосредственно влияющими на целостную оценку качества медицинской помощи пациентов поликлиники, являются доброжелательность со стороны всех категорий медицинских работников, соблюдение «принципа бесплатности» первичной медико-санитарной помощи, удовлетворенность графиком работы поликлиники, время ожидания дополнительных консультаций, диагностических процедур.

Рис. 5. Немодифицируемые системой здравоохранения факторы, влияющие на удовлетворенность респондентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в медицинских учреждениях Архангельской области, работающих в системе обязательного медицинского страхования

Определение перечня модифицируемых и немодифицируемых факторов, ассоциированных с удовлетворенностью пациентов качеством поликлинической помощи, обусловливает выбор возможных мер воздействия со стороны администрации поликлиник и руководства системы здравоохранения.

3.3. Удовлетворенность родителей пациентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в детских поликлиниках, и определяющие ее факторы

Оценка удовлетворенности проведенным лечением и доступностью медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, признана экспертами Всемирной организации здравоохранения одной из составляющей общей оценки качества медицинской помощи. В то же время ее адекватность и справедливость достаточно спорны: многочисленные социально-экономические и демографические факторы оказывают влияние на оценку потребителей, смещая ее в ту или иную сторону [15, 47, 72]. А использование в качестве инструмента для проведения анализа неапробированных анкет, что является достаточно распространенной практикой в нашей стране, еще более искажает истинное представление о ней.

В связи с вышеизложенным можно предположить, что оценка удовлетворенности качеством медицинской помощи, оказываемой в детских медицинских учреждениях, родителями пациентов должна быть еще более субъективной. Учитывая тот факт, что Федеральный закон № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтвердил в качестве одного из основных принципов приоритет охраны здоровья детей (статья 7), а оценка удовлетворенности потребителей проведенным лечением является условием принятия обоснованных управленческих решений в здравоохранении, все социологические исследования в этой области имеют высокую актуальность.

С целью оценки удовлетворенности качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в детских медицинских учреждениях Архангельской области, родителями пациентов и выделения факторов, ассоциированных с ней, проведено отдельное монографическое социологическое исследование методом анкетирования.

Проведено анкетирование родителей 215 пациентов, получавших указанный вид медицинской помощи в детских медицинских учреждениях г. Архангельска. В качестве инструмента для проведения исследования использовалась анкета, которая была апробирована и валидизирована в ходе пилотного исследования, результаты которого свидетельствовали о достаточной тест-ретестовой надежности получаемых данных. Использовался простой случайный способ формирования выборки. По спискам населения, прикрепленного к городским детским поликлиникам, были случайно отобраны потенциальные респонденты, которые получали в течение предшествовавшего года медицинскую помощь. При очередном посещении ими поликлиник были проанкетированы их родители (все – матери). Критерием исключения респондента из исследования явился отказ подписать информированное согласие. Распределение респондентов (все – матери детей, получавших медицинскую помощь в детских поликлиниках) в зависимости от возраста ребенка было следующее:

0–6 лет: 15,1 %;

7–10 лет: 44,6 %;

11–14 лет: 35,5 %;

15 лет и старше: 4,8 %.

Удовлетворенность пациентов качеством первичной медико-санитарной помощи оценивалась по двум основным параметрам: оценка организации работы учреждения и оценка качества обслуживания. При проведении статистического анализа использовались качественные и количественные переменные. Для выделения факторов, влияющих на оценку удовлетворенности качеством медицинской помощи родителями пациентов, была выполнена серия процедур логистического регрессионного анализа. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 21 и WinPEPI (расчет 95 % доверительных интервалов (ДИ) относительных величин методом Fisher).

Результаты монографического исследования

Степень удовлетворенности организацией работы детской поликлиники родителями пациентов определяется рядом факторов. Во-первых, это существующий график работы указанных медицинских организаций. Сегодня он не устраивает две трети респондентов (68,5 %; 95 % ДИ: 62,4–74,2 %) независимо от их возраста и возраста их ребенка. Во-вторых, это время ожидания консультации специалистов и различных инструментальных и лабораторных исследований. В целом, по мнению родителей, только лабораторные исследования проводятся сегодня в приемлемые сроки (табл. 8).

Таблица 8

Время ожидания консультаций и дополнительных исследований в детских медицинских учреждениях, % (95 % ДИ)

	до 2 недель	до 1 месяца	более 1 месяца
Консультации специалистов	36,5 (30,3 – 43,2)	32,2 (26,1 – 38,7)	31,3 (25,3 – 37,7)
Лабораторные исследования	79,4 (73,2 – 84,7)	15,2 (10,6 – 20,9)	5,4 (2,7 – 9,4)
Инструментальные исследования	42,5 (35,8 – 49,4)	34,1 (27,8 – 40,9)	23,4 (17,9 – 29,6)

В-третьих, степень удовлетворенности родителей организацией работы детской поликлиники может определяться доступностью различных информационных материалов в учреждении, в том числе образовательного характера. К сожалению, почти каждый второй опрошенный нами респондент (41,4 %; 95 % ДИ: 35,3 – 47,8 %) указывал на их полное отсутствие.

Удовлетворенность качеством обслуживания в детской поликлинике родителями пациентов определяется опытом их взаимодействия с персоналом учреждения и, прежде всего, лечащим врачом-педиатром (рис. 6).

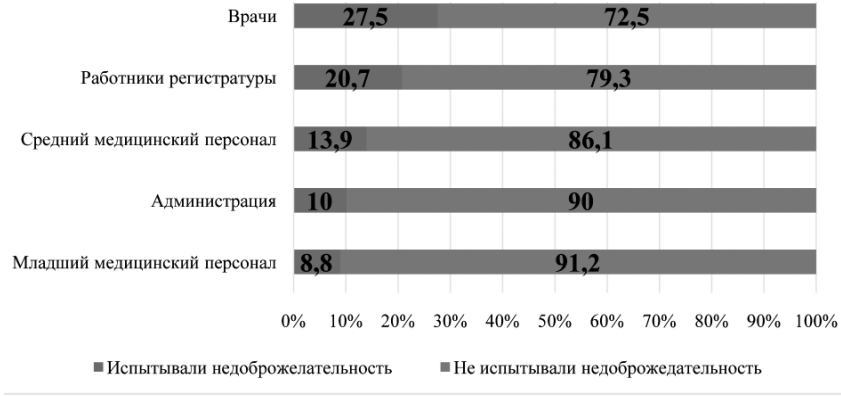

Рис. 6. Распределение респондентов в зависимости от опыта взаимодействия с персоналом детских поликлиник, %

Респонденты, в целом, испытывают недоброжелательность в большей степени от тех работников поликлиник, с которыми они чаще всего имеют контакт. Достаточно широкая распространенность недоброжелательного отношения со стороны врачей-педиатров, по мнению родителей (27,5 %; 95 % ДИ: 22,1–33,5 %), нуждается в отдельном изучении. Вероятнее всего, эти суждения субъективны. Такая оценка может быть следствием невозможности в ограниченное нормативом время приема доступно объяснить родителю ребенка причины и сущность заболевания, а также обосновать необходимость того или иного метода дополнительной диагностики и лечения. На недостаточно ясные разъяснения врача обращает внимание

также каждый четвертый респондент (23,9 %; 95 % ДИ: 18,8–29,7 %).

Степень удовлетворенности организацией работы, оценка качества обслуживания в поликлинике родителями пациентов могут быть искажены необходимостью нести дополнительные затраты, связанные с лечением детей. В целом, подавляющая часть респондентов (94,4 %; 95 % ДИ: 90,8–96,9 %) вынуждена оплачивать медицинские услуги или приобретать за свой счет лекарственные средства для своего ребенка. Лишь каждый третий из родителей (31,1 %; 95 % ДИ: 25,4–37,2 %) получал рецепты на бесплатные препараты всегда, когда это было необходимо.

Таким образом, учитывая оценку организации работы и качества обслуживания в детской поликлинике, удовлетворена качеством первичной медико-санитарной помощи лишь половина респондентов (55,8 %; 95 % ДИ: 49,4–62,0 %).

Для выделения факторов, ассоциированных с удовлетворенностью родителей пациентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в детских поликлиниках, была выполнена серия процедур логистического регрессионного анализа. В качестве базовых предикторов во все модели был включен набор характеристик демографического и социально-экономического статуса респондента: возраст (в годах) матери и самого ребенка, доход (в 1000 руб./1 члена семьи в месяц). Дополнительно в модели попеременно включались предикторы, обозначенные в таблице 9.

Таблица 9

Взаимосвязь между факторами, относящимися к особенностям оказания первичной медико-санитарной помощи в детских поликлиниках г. Архангельска, и удовлетворенностью респондентов (родителей пациентов) ее качеством

		Скорректированные результаты*		
		ОШ	95% ДИ	p
НЕДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ СО СТОРОНЫ:				
Администрации (референтная категория: есть)	нет	–	–	–
Врачей (референтная категория: есть)	нет	5,8	3,1–10,7	<0,001

Продолжение таблицы 9

Среднего медицинского персонала (референтная категория: есть)	нет	3,2	1,5–6,9	0,003
Младшего медицинского персонала (референтная категория: есть)	нет	3,0	1,2 – 7,6	0,023
Работников регистратуры (референтная категория: есть)	нет	3,0	1,6 – 5,7	0,001
НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ:				
Организацией приема (референтная категория: есть)	нет	2,2	1,3–3,7	0,002
Режимом работы поликлиники (референтная категория: есть)	нет	–	–	–
Лечащим врачом (референтная категория: есть)	нет	10,5	5,2–21,1	<0,001
ИЗБЫТОЧНОЕ (БОЛЕЕ 1 МЕСЯЦА) ОЖИДАНИЕ:				
Консультаций специалистов (референтная категория: да)	нет	–	–	–
Лабораторных исследований (референтная категория: да)	нет	–	–	–
Инструментальных исследований (референтная категория: да)	нет	–	–	–
ПРОЧИЕ ФАКТОРЫ:				
Наличие информационных материалов (референтная категория: отсутствуют)	имеются	2,0	1,1–3,4	0,015
Разъяснения врачей о заболевании ребенка (референтная категория: недоступные)		4,0	2,1–7,4	<0,001
Бесплатные лекарственные препараты (референтная категория: отсутствуют)	имеются	2,2	1,32–3,7	0,003

Примечание: * – в модель БЛРА в качестве базовых предикторов одновременно были включены переменные возраст (в годах) матери и самого ребенка, доход в 1000 руб./1 члена семьи в месяц (способ включения переменных в модель: backward elimination).

Таким образом, из всех переменных, включенных в модель, на удовлетворенность респондентов качеством медицинской помощи, оказываемой в детских поликлиниках, влияют преимущественно факторы, связанные с их опытом взаимодействия с врачами. В частности, недоброжелательность со стороны врачей и недоступность их разъяснений повышают относительные шансы респондентам быть не удовлетворенными данным видом медицинской помощи в 5,8 (95 % ДИ: 3,1–10,7) и 4,0 (95 % ДИ: 2,1–7,4) раза соответственно. Общая неудовлетворенность работой участкового врача-педиатра повышает относительные шансы респондентам быть не удовлетворенными работой детской поликлиники более чем в 10 раз. Опыт негативного общения родителей с младшим и средним медицинским персоналом, работниками регистратуры, хотя и связан статистически значимо с удовлетворенностью качеством медицинской помощи, по силе своего влияния на нее, в сравнении с обозначенными выше факторами, незначительный.

В данном отдельном монографическом исследовании мы ставили перед собой цель выделить факторы, ассоциированные с удовлетворенностью родителей качеством поликлинической помощи, оказываемой их детям в медицинских учреждениях. Эти сведения могут быть использованы для решения двух задач. С одной стороны, они необходимы для создания новых инструментов оценки собственно качества медицинской помощи пациентами (научное направление), с другой – они могут явиться базой разработки обоснованных административных мер по совершенствованию механизма оказания медицинских услуг (практическое направление).

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что удовлетворенность родителей качеством медицинской помощи, оказываемой в детских поликлиниках, определяется достаточно немногочисленным набором факторов. Все они являются потенциально модифицируемыми системой здравоохранения и в равной степени касаются организации работы детских учреждений и качества обслуживания в них. Указанная зависимость составляет особенность подходов к оценке качества первичной медико-санитарной помощи родителями пациентов и свидетельствует о ее большей объективности. Напротив, когда совершеннолетние потребители оценивают качество услуг, оказывае-

мых в поликлиниках для взрослого населения, именно социальные и демографические факторы преобладают по силе влияния, свидетельствуя о субъективности таких суждений (см. выше).

Во-вторых, хотя подходы родителей к оценке качества медицинской помощи, оказываемой в детских поликлиниках, и более объективны, поскольку не искажены социально-экономическими и демографическими, они в то же время более ограничены. Результаты логистического регрессионного анализа свидетельствуют об этом: отношение респондентов к работе всего медицинского учреждения определяется преимущественно степенью удовлетворенности качеством работы врачебного персонала (в основном, участковых педиатров). Последняя, в свою очередь, зависит не столько от эффективности его работы или даже от соблюдения прав родителей (например, на получение бесплатных препаратов для детей), сколько от качества сложившегося личного контакта [39].

3.4. Удовлетворенность пациентов Архангельской области стационарной медицинской помощью и определяющие ее факторы [40]

Нескорректированный анализ удовлетворенности респондентов качеством стационарной медицинской помощи, оказываемой в медицинских учреждениях, работающих в системе обязательного медицинского страхования

Доля граждан, ответивших утвердительно на вопрос об удовлетворенности качеством стационарной медицинской помощи, оказанной в больницах региона, в целом, одинаковая в крупных городах (Архангельск и Северодвинск) и сельских районах (рис. 7).

Рис. 7. Удовлетворенность респондентов качеством стационарной помощи в крупных городах и районах Архангельской области, % (среди тех, кто обращался за данным видом медицинской помощи)

Стоит обратить внимание на то, что каждый четвертый потребитель медицинских услуг не мог дать однозначную оценку своей удовлетворенности качеством оказанной ему стационарной помощи.

Более детальная характеристика удовлетворенности отдельными компонентами стационарной медицинской помощи в зависимости от пола респондента представлена в таблице 10.

Таблица 10

Общая характеристика элементов удовлетворенности качеством стационарной медицинской помощи в зависимости от пола респондента, % с 95% ДИ *

Элемент **		Удовлетворены	Не удовлетворены
Организация и качество питания			
	мужчины	44,3 (39,7 – 49,1)	55,7 (50,9 – 60,3)
	женщины	52,7 (49,5 – 55,9)	47,3 (44,1 – 50,5)
Результат лечения			
	мужчины	66,3 (61,7 – 70,7)	33,7 (29,3 – 38,3)
	женщины	68,2 (65,2 – 71,1)	31,8 (28,9 – 34,8)
Организация диагностического процесса			
	мужчины	65,2 (60,6 – 69,6)	34,8 (30,4 – 39,4)
	женщины	63,8 (60,7 – 66,8)	36,2 (33,2 – 39,3)

Продолжение таблицы 10

Условия пребывания			
	мужчины	47,8 (43,0 – 52,4)	52,2 (47,4 – 56,8)
	женщины	52,3 (49,1 – 55,5)	47,7 (44,5 – 50,9)

Примечания: * – среди тех, кто обращался за данным видом медицинской помощи;

** – тест Хи-квадрат Пирсона («питание»: p = 0,003; «результат лечения»: p = 0,476; «организация диагностического процесса»: p = 0,614; «условия пребывания»: p = 0,113).

Оценка мужчинами и женщинами отдельных элементов общей удовлетворенности качеством стационарной медицинской помощи, за исключением организации и качества питания, в целом, совпадает.

Дополнительные расходы на покупку медицинских препаратов или расходы на медицинские услуги могут быть фактором, снижающим оценку качества стационарной медицинской помощи респондентами (рис. 8).

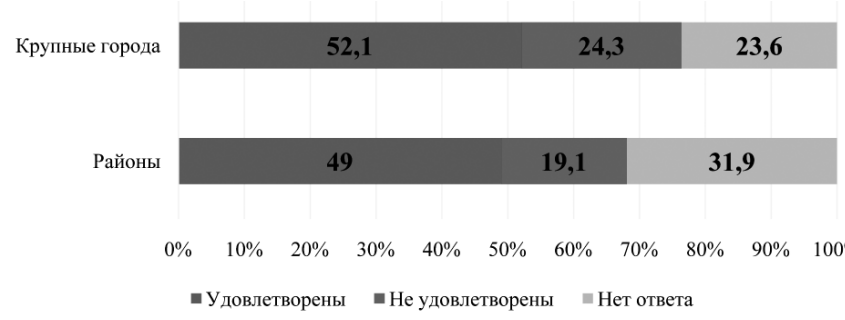

Рис. 8. Распределение респондентов в зависимости от наличия расходов на лекарственные препараты во время пребывания в стационаре в зависимости от пола, % (тест Хи-квадрат Пирсона: p = 0,320)

Из представленных данных следует, что дополнительные расходы во время пребывания в стационаре нес каждый второй потребитель данного вида медицинской помощи.

Объективная и субъективная составляющие удовлетворенности пациентов качеством стационарной медицинской помощи

Для оценки взаимного влияния факторов на удовлетворенность потребителей качеством стационарной медицинской помощи был использован логистический регрессионный анализ. В модели были включены только те респонденты, которые имели однозначное мнение о качестве стационарной медицинской помощи и обращались за ней в течение года, предшествовавшего исследованию (всего 1049 человек).

В первой процедуре логистического регрессионного анализа в качестве предикторов в модель был включен набор социально-демографических характеристик респондента (ранее обозначенных как «немодифицируемые факторы»: пол, возраст (в годах), место постоянного жительства (города и сельские районы), образовательный статус, доход (в 1000 руб./1 члена семьи в месяц), а также самооценка состояния здоровья. Результаты анализа представлены в таблице 11. Из всех включенных в модель переменных, на удовлетворенность респондентов качеством стационарной медицинской помощи при контроле на пол, возраст, место жительства пациента влияют только возраст, а также самооценка респондентом состояния своего здоровья. Пациенты старшей возрастной группы более лояльно относятся к ней (каждый дополнительный год жизни пациента повышает относительные шансы быть удовлетворенным качеством стационарной медицинской помощи на 3,2 %; пациенты, которые оценивают состояние своего здоровья как «хорошее», имеют почти в 2 раза более высокие относительные шансы быть удовлетворенными в сравнении с теми, кто считает свое здоровье «плохим»).

Таблица 11

Взаимосвязь между характеристиками социально-демографического статуса (немодифицируемыми факторами) и удовлетворенностью респондентов качеством стационарной медицинской помощи*

	Нескорректированные результаты			Скорректированные результаты**		
	ОШ	**95% ДИ**	**p**	**ОШ**	**95% ДИ**	**p**
Пол (референтная категория: мужчины)						
женщины	1,035	0,782–1,369	0,811	–	–	–

Продолжение таблицы 11

Возраст						
каждый дополнительный год жизни	1,032	1,022–1,043	<0,001	1,032	1,022–1,043	<0.001
Место жительства (референтная категория: крупный город)						
сельские районы	1,196	0,905–1,581	0,208	–	–	–
Образовательный статус: (референтная категория: высшее образование)						
среднее профессиональное	–	–	–	–	–	–
среднее	–	–	–	–	–	–
Уровень дохода на 1 члена семьи						
каждая дополнительная 1000 руб./мес.	1,012	0,922–1,032	0,240	–	–	–
Самооценка статуса здоровья: (референтная категория: «плохое»)						
«хорошее»	–	–	–	1,954	1,200–3,471	0,022
«удовлетворительное»	–	–	–	1,317	0,802–2,163	0,276

Примечания: * – в модели БЛРА были включены только те случаи, когда респондент обращался за данным видом медицинской помощи;

** – в модель БЛРА в качестве базовых предикторов одновременно были включены переменные пол, возраст, место жительства пациента (способ включения переменных в модель: backward elimination).

Во второй серии процедур логистического регрессионного анализа в качестве зависимой переменной также выступил факт удовлетворенности (1) или неудовлетворенности (0) респондентом качеством стационарной помощи; в качестве независимых предикторов в модель были включены следующие компоненты общей удовлетворенности: удовлетворенность организацией и качеством питания, результатом лечения, организацией диагностического процесса, условиями пребывания в отделении. Результаты второй серии процедур логистического регрессионного анализа, которые представлены в таблице 12, свидетельствуют о том, что все предикторы, отнесен-

Таблица 12

Взаимосвязь между факторами, относящимися к особенностям оказания стационарной помощи (модифицируемыми факторами) и удовлетворенностью респондентов ее качеством *

	Нескорректированные результаты			Скорректированные результаты**		
	ОШ	**95% ДИ**	**p**	**ОШ**	**95% ДИ**	**p**
Удовлетворенность организацией и качеством питания (референтная категория: не удовл.)						
удовлетворены	6,737	5,010–9,059	<0,001	7,288	5,270–10,080	<0,001
Удовлетворенность результатами лечения (референтная категория: не удовл.)						
удовлетворены	30,763	21,189–44,662	<0,001	31,934	21,715–46,963	<0,001
Удовлетворенность организацией диагностического процесса (референтная категория: не удовл.)						
удовлетворены	14,538	10,545–20,044	<0,001	14,129	10,199–19,572	<0,001
Удовлетворенность условиями пребывания (референтная категория: не удовл.)						
удовлетворены	9,431	6,931–12,832	<0,001	8,648	6,336–11,804	<0,001
Наличие дополнительных расходов на лекарственные препараты (референтная категория: есть)						
нет	3,914	2,903–5,278	<0,001	4,219	3,103–5,735	<0,001

* Примечание: в модели БЛРА были включены только те случаи, когда респондент обращался за данным видом медицинской помощи.

** Примечание: в модель БЛРА в качестве базовых предикторов одновременно были включены переменные пол, возраст, место жительства пациента (способ включения переменных в модель: backward elimination).

ные нами к группе модифицируемых факторов, были статистически значимо ассоциированы с исходом (удовлетворенностью пациентов качеством стационарной медицинской помощи).

Таким образом, подводя итог изученной проблеме, можно сделать ряд выводов. Во-первых, обращает на себя внимание тот факт, что каждый четвертый респондент не имел однозначной оценки собственной удовлетворенности качеством оказанной ему стационарной медицинской помощи. Для сравнения стоит привести результаты исследования, проведенного Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Адыгея, в котором лишь 4,0 % респондентов не определились со своим мнением. Вероятно, эти отличия обусловлены особым способом формирования выборки в последнем случае, когда использовалось интернет-анкетирование. Репрезентативное участие отдельных категорий граждан (пожилые, лица с низким достатком) в таком исследовании достаточно сомнительно. Полученные нами результаты, в свою очередь, можно считать косвенным доказательством отсутствия понимания сути понятия «качество медицинской помощи» значительной долей респондентов, особенно принимая во внимание тот факт, что анкетирование было проведено во временном отдалении от момента выписки из стационара.

Во-вторых, полученные результаты подтверждают справедливость первоначальной гипотезы: оценка удовлетворенности пациентов отдельными элементами качества стационарной медицинской помощи смещена под действием ряда факторов. Процедура логистического регрессионного анализа позволила оценить взаимное влияние набора предикторов на зависимую переменную, а также исключить потенциальные вмешивающиеся факторы (конфаундеры). В первом случае, когда в модель были включены социально-демографические характеристики, статистически значимо на удовлетворенность пациентов качеством стационарной медицинской помощи влияли только возраст и самооценка состояния своего здоровья (рис. 9).

Во втором случае, когда в модель, помимо базовых социально-демографических предикторов (пол, возраст, место жительства), был включен ряд факторов, характеризующих объективную составляющую оценки удовлетворенности качеством стационар-

Рис. 9. Немодифицируемые системой здравоохранения факторы, влияющие на удовлетворенность респондентов качеством стационарной помощи, оказываемой в медицинских учреждениях Архангельской области, работающих в системе обязательного медицинского страхования

ной медицинской помощи и ее результативности, оказалось, что все они статистически значимо влияли на исход (рис. 10).

Обнаруженная особенность нуждается в подробном анализе. Нами установлено ранее, что на удовлетворенность респондентов качеством медицинской помощи, оказываемой в поликлиниках, влияет ряд характеристик их демографического, социально-экономического статуса (возраст, место жительства, уровень доходов). В целом, это свидетельствует о ее большой субъективности. Напротив, в отношении удовлетворенности качеством стационарной помощи, указанные характеристики не оказывают столь значимого влияния, и, вероятно, это признак объективности суждений респондентов. С другой стороны, стоит еще раз упомянуть мнение ряда авторов, которые утверждают, что понятие «удовлетворенность качеством медицинской помощи» отражает чрезвычайно сложное и многоплановое социальное явление. Оно часто не знакомо потребителям медицинских услуг и, по сути, ассоциируется у них с понятием «результативность». Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что положительный ответ бывших пациентов стационара на вопрос об «удовлетворенности качеством стационарной медицинской помощи» во многом определялся именно положительным исходом

Рис. 10. Модифицируемые системой здравоохранения факторы, влияющие на удовлетворенность респондентов качеством стационарной помощи, оказываемой в медицинских учреждениях Архангельской области, работающих в системе обязательного медицинского страхования

лечения (удовлетворенность респондентов результатами лечения повышала относительные шансы быть удовлетворенным качеством стационарной помощи в целом в 31,9 раза!). Как следствие, если респондент оказывался удовлетворенным качеством стационарной медицинской помощи, это четко коррелировало с положительным отзывом о качестве диагностического процесса. Таким образом, удовлетворенность пациентов качеством стационарной медицинской помощи достоверна в той мере, что она не смещено под влиянием социально-демографических факторов, но в то же время в значительной степени определяется результативностью самого лечения, что, к сожалению, лишь условно можно считать потенциально модифицируемым системой здравоохранения фактором [40].

3.5. Расходы населения на медицинские услуги и лекарственные препараты и факторы, их определяющие

Анализ величины расходов населения Архангельской области на медицинские услуги и лекарственные препараты

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что подавляющее большинство респондентов (82,6 % с 95 % ДИ: 81,1 % – 84,4 %) несут расходы на лекарственные препараты и дополнительные медицинские услуги в течение календарного года вне зависимости от пола и места проживания (табл. 13).

Таблица 13

Распределение респондентов, имеющих в течение года расходы на лекарственные препараты и медицинские услуги в зависимости от пола и места жительства

Группирующий признак		Имеют расходы на лекарственные препараты, в % (95 % ДИ)	Имеют расходы на медицинские услуги, в % (95 % ДИ)
Пол	Мужчины	80,1 (76,8 – 83,1)	67,1 (63,4 – 70,7)
	Женщины	80,1 (77,9 – 82,2)	63,6 (61,0 – 66,3)
Место жительства	Крупные города	81,6 (79,4 – 83,7)	67,2 (64,6 – 69,8)
	Районы	77,1 (73,6 – 80,2)	59,3 (55,5 – 63,1)

Наличие у респондента расходов на лекарственные препараты и медицинские услуги опосредуется уровнем образования, социальным статусом, а также самооценкой состояния здоровья (табл. 14).

Стоит отметить, что доля респондентов, имевших расходы на покупку лекарственных препаратов, оказалась относительно постоянной вне зависимости от влияния указанных факторов. В то же время факт наличия расходов на медицинские услуги зависит от уровня образования и социального статуса респондента.

Далее нами был проведен анализ величины расходов респондентов на лекарственные препараты и медицинские услуги в зависимости от пола и места жительства. В среднем, каждый опрошенный ре-

спондент за год тратит на лекарственные средства 4924,3 рубля (95 % ДИ: 4644,6 – 5204,1, медиана – 3000,0 рублей); на медицинские услуги – 5430,6 рублей (95 % ДИ: 5026,7,6 – 5833,7, медиана – 3000,0 рублей).

Таблица 14

Распределение респондентов, имеющих в течение года расходы на лекарственные препараты и дополнительные медицинские услуги в зависимости от уровня образования, социального статуса и самооценки состояния здоровья

Группирующий признак		Имеют расходы на лекарственные препараты, в % (95 % ДИ)	Имеют расходы на медицинские услуги, в % (95 % ДИ)
Уровень образования	Среднее общее	78,4 (74,0 – 82,3)	56,2 (51,2 – 61,1)
	Среднее специальное	80,9 (78,3 – 83,4)	63,6 (60,5 – 66,7)
	Высшее / неполное высшее	80,0 (76,5 – 83,1)	71,8 (68,0 – 75,4)
Социальный статус	Рабочие	75,0 (71,5 – 78,2)	59,0 (55,2 – 62,8)
	Служащие	84,0 (81,5 – 86,2)	72,2 (69,3 – 75,0)
	Пенсионеры	82,6 (77,1 – 87,3)	50,4 (43,8 – 57,1)
Самооценка состояния здоровья	«Хорошее»	81,9 (77,9 – 85,3)	64,4 (59,7 – 68,9)
	«Удовлетворительное»	79,9 (77,7 – 82,0)	65,3 (62,7 – 67,8)
	«Плохое»	80,8 (72,9 – 87,2)	69,2 (60,5 – 77,0)

Таблица 15

Средние и медианные расходы респондентов в течение года на лекарственные препараты и дополнительные медицинские услуги в зависимости от пола и места жительства (среди тех, кто имеет соответствующие расходы), в руб.

Группирующий признак	Расходы на лекарственные препараты		Расходы на медицинские услуги	
	Среднее арифметическое, (95 % ДИ)	Медиана	Среднее арифметическое, (95 % ДИ)	Медиана

Продолжение таблицы 15

Пол	Мужчины	5936,0[1] (5402,2 – 6469,9)	4000,0	7980,1[2] (7072,3 – 8888,0)	4000,0
	Женщины	6252,0[1] (5849,5 – 6654,5)	5000,0	8629,8[2] (7920,6 – 9339,0)	5000,0
Место жительства	Крупные города	6270,2[3] (5894,1 – 6646,2)	5000,0	9560,1[4] (5867,2 – 6987,0)	5000,0
	Районы	5888,2[3] (5276,6 – 6499,8)	4000,0	5799,6[4] (5195,6 – 6403,6)	4000,0

Примечание: тест Манна–Уитни: 1) $p > 0,05$; 2) $p > 0,05$; 3) $p < 0,01$; 4) $p < 0,001$.

Результаты анализа свидетельствуют о том, что гендерные отличия в величине расходов респондентов на лекарственные препараты отсутствуют. Расходы горожан на лекарства и медицинские услуги, в целом, выше, чем среди сельского населения.

На величину расходов на лекарственные препараты и медицинские услуги могут оказывать влияние уровень образования, социальный статус, а также самооценка состояния здоровья респондента (табл. 16).

Таблица 16

Средние и медианные расходы респондентов в течение года на лекарственные препараты и дополнительные медицинские услуги в зависимости от уровня образования, социального статуса и самооценки состояния здоровья (среди тех, кто имеет соответствующие расходы), в руб.

Группирующий признак	**Расходы на лекарственные препараты**		**Расходы на медицинские услуги**	
	Среднее арифметическое, (95 % ДИ)	Медиана	Среднее арифметическое, (95 % ДИ)	Медиана

Продолжение таблицы 16

Уровень образования	Среднее общее	5562,2[1] (4778,1 – 6346,4)	3000,0	6556,6[10] (5632,1 – 7481,1)	5000,0
	Среднее специальное	5903,8[2] (5479,6 – 6328,0)	4000,0	7931,7[11] (7211,7 – 8651,7)	5000,0
	Высшее / неполное высшее	6927,4[3] (6317,2 – 7537,5)	5000,0	10055,6[12] (8868,4 – 11242,8)	6000,0
Социальный статус	Рабочие	5742,2[4] (5155,1 – 6329,0)	3500,0	7073,1[13] (6262,0 – 7884,3)	5000,0
	Служащие	6179,8[5] (5769,3 – 6590,4)	5000,0	9396,5[14] (8557,8 – 10235,2)	5000,0
	Пенсионер	7342,6[6] (6211,5 – 8473,8)	5000,0	7244,0[15] (5788,8 – 8699,2)	5000,0
Самооценка состояния здоровья	Хорошее	5203,1[7] (4590,2 – 5815,9)	3000,0	7654,9[16] (6432,0 – 8877,8)	5000,0
	Удовлетворительное	6198,5[8] (5819,6 – 6577,4)	5000,0	8581,7[17] (7921,7 – 9241,7)	5000,0
	Плохое	8586,3[9] (7043,2 – 10129,5)	6000,0	9057,8[18] (6906,9 – 11208,7)	6000,0

Примечание: тест Манна–Уитни в сравниваемых парах: 1–2: $p< 0,05$; 1–3: $p< 0,001$; 2–3: $p< 0,001$; 4–5: $p< 0,01$;4–6: $p< 0,01$; 5–6: $p> 0,05$; 7–8: $p< 0,001$; 7–9: $p< 0,001$; 8–9: $p< 0,001$; 10–11: $p< 0,05$; 10–12: $p< 0,001$; 11–12: $p< 0,001$; 13–14: $p< 0,001$; 13–15: $p> 0,05$; 14–15: $p< 0,05$; 16–17: $p< 0,01$; 16–18: $p< 0,05$; 17–18: $p> 0,05$.

Результаты анализа указывают на наличие статистически значимой взаимосвязи между величиной расходов респондентов на лекарственные препараты и перечисленными факторами. Расходы респондента прямо пропорциональны уровню его образования и обратно пропорциональны самооценке состояния его здоровья. Ту же зависимость можно проследить и в отношении величины расходов на медицинские услуги.

Анализ взаимосвязи между наличием у пациентов расходов на медицинские услуги и лекарственные препараты и характеристиками их демографического и социально-экономического статуса

Нами установлено, что факторы, относящиеся к аспектам доступности медицинской помощи для населения Архангельской области, могут быть также взаимосвязаны с наличием или отсутствием у него расходов на лекарственные препараты или медицинские услуги. Дальнейшая наша задача состояла в исследовании взаимного влияния упомянутых выше модифицируемых и немодифицируемых факторов, для чего была выполнена серия процедур логистического регрессионного анализа. Выбор именно этого метода статистического анализа продиктован субъективным характером оценок респондентов величины трат на лекарственные препараты или медицинские услуги и, соответственно, невозможностью использования процедуры множественного регрессионного анализа.

Таблица 17

Взаимосвязь между характеристиками социально-демографического статуса (немодифицируемыми факторами) и наличием у респондентов расходов на лекарственные препараты

	Нескорректированные результаты			Скорректированные результаты*		
	ОШ	95 % ДИ	p	ОШ	95 % ДИ	p
Пол (референтная категория: мужчины)						
женщины	–	–	–	–	–	–
Возраст						
каждый дополнительный год жизни	1,024	1,015–1,035	<0,001	1,027	1,018–1,036	<0,001
Место жительства (референтная категория: районы)						
крупные города	1,312	1,050–1,664	0,017	1,556	1,227–1,974	<0,001

Продолжение таблицы 17

Образовательный статус: (референтная категория: среднее образование)						
среднее профессиональное	–	–	–	–	–	–
высшее	–	–	–	–	–	–
Уровень дохода на 1 члена семьи						
каждая дополнительная 1000 руб./мес.	1,152	1,125–1,180	<0,001	1,144	1,117–1,172	<0,001
Самооценка статуса здоровья: (референтная категория: «хорошее»)						
«плохое»	–	–	–	1,878	1,173–3,006	0,009
«удовлетворительное»	–	–	–	–	–	–

Примечание: * – в модель БЛРА в качестве базовых предикторов одновременно были включены переменные пол, возраст, место жительства пациента (способ включения переменных в модель: backwardelimination).

Таблица 18

Взаимосвязь между характеристиками социально-демографического статуса (немодифицируемыми факторами) и наличием у респондентов расходов на медицинские услуги

	Нескорректированные результаты			**Скорректированные результаты***		
	ОШ	95 % ДИ	p	ОШ	95 % ДИ	p
Пол (референтная категория: мужчины)						
женщины	–	–	–	–	–	–
Возраст						
каждый дополнительный год жизни	–	–	–	–	–	–
Место жительства (референтная категория: районы)						
крупные города	1,406	1,158–1,708	0,001	1,406	1,158–1,708	<0,001

Продолжение таблицы 18

Образовательный статус: (референтная категория: среднее образование)						
среднее профессиональное	1,361	1,074–1,725	0,011	1,324	1,044–1,680	0,021
высшее	1,361	1,519–2,584	<0,001	1,870	1,429–2,448	<0,001
Уровень дохода на 1 члена семьи						
каждая дополнительная 1000 руб./мес.	1,092	1,074–1,111	<0,001	1,092	1,074–1,111	<0,001
Самооценка статуса здоровья: (референтная категория: «хорошее»)						
«плохое»	–	–	–	–	–	–
«удовлетворительное»	–	–	–	–	–	–

Примечание: * – в модель БЛРА в качестве базовых предикторов одновременно были включены переменные пол, возраст, место жительства пациента (способ включения переменных в модель: backwardelimination).

Таблица 19

Взаимосвязь между факторами, относящимися к особенностям оказания медицинской помощи (модифицируемыми факторами), и наличием у респондентов расходов на лекарственные препараты

	Нескорректированные результаты			**Скорректированные результаты***		
	ОШ	95 % ДИ	p	ОШ	95 % ДИ	p
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ *						
Удовлетворенность поликлинической помощью (референтная категория: удовл.)						
не удовлетворены	–	–	–	–	–	–
Разъяснения врача в поликлинике (референтная категория: понятные)						
непонятные	1,490	1,112–1,996	0,008	1,485	1,105–1,997	0,009
Время ожидания консультаций специалистов (референтная категория: менее 2 недель)						

от 2 до 4 недель	1,474	1,056–2,058	0,023	–	–	–
более 4 недель	1,698	1,042–2,769	0,034	–	–	–
Время ожидания лабораторных исследований (референтная категория: менее 2 недель)						
от 2 до 4 недель	–	–	–	–	–	–
более 4 недель	–	–	–	–	–	–
Время ожидания инструментальных исследований (референтная категория: менее 2 недель)						
от 2 до 4 недель	1,680	1,193–2,365	0,003	1,577	1,115–2,232	0,010
более 4 недель	–	–	–	–	–	–
СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ *						
Удовлетворенность стационарной помощью (референтная категория: удовл.)						
не удовлетворены	–	–	–	–	–	–
Наличие дополнительных расходов на лекарственные препаратыво время лечения (референтная категория: нет)						
есть	–	–	–	–	–	–

Примечание: * – в модели БЛРА были включены только те случаи, когда респондент обращался за данным видом медицинской помощи;

** – в модель БЛРА в качестве базовых предикторов одновременно были включены переменные пол, возраст, место жительства пациента (способ включения переменных в модель: backwardelimination).

Таблица 20

Взаимосвязь между удовлетворенностью поликлинической и стационарной медицинской помощью и наличием у респондентов расходов на медицинские услуги

	Нескорректированные результаты			Скорректированные результаты*		
	ОШ	95 % ДИ	p	ОШ	95 % ДИ	p
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ *						
Удовлетворенность поликлинической помощью (референтная категория: удовл.)						
не удовлетворены	1,948	1,557–2,439	<0,001	1,887	1,505–2,365	<0,001
Разъяснения врача в поликлинике (референтная категория: понятные)						
непонятные	–	–	–	–	–	–
Время ожидания консультаций специалистов (референтная категория: менее 2 недель)						
от 2 до 4 недель	–	–	–	–	–	–
более 4 недель	–	–	–	–	–	–
Время ожидания инструментальных исследований (референтная категория: менее 2 недель)						
от 2 до 4 недель	1,770	1,353–2,314	<0,001	1,672	1,275–2,193	<0,001
более 4 недель	1,470	1,084–1,995	0,013	1,368	1,164–1,886	0,001
СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ *						
Удовлетворенность стационарной помощью (референтная категория: удовл.)						
не удовлетворены	1,358	1,019–1,811	0,037	–	–	–

Продолжение таблицы 20

Наличие дополнительных расходов на лекарственные препараты во время лечения (референтная категория: нет)							
	есть	1,785	1,375–2,318	<0,001	1,915	1,465–2,304	<0,001

Примечание: * – в модели БЛРА были включены только те случаи, когда респондент обращался за данным видом медицинской помощи;

** – в модель БЛРА в качестве базовых предикторов одновременно были включены переменные пол, возраст, место жительства пациента (способ включения переменных в модель: backwardelimination).

Логистический регрессионный анализ был проведен с двух позиций. В первой группе процедур оценивалось влияние немодифицируемых факторов (независимых от эффективности работы региональной системы здравоохранения) на вероятность наличия или отсутствия у респондента дополнительных трат на лекарственные препараты и медицинские услуги.

Так, каждый дополнительный год жизни респондента увеличивает относительные шансы наличия у него расходов на медикаменты на 2,7 % и не влияет на наличие расходов на медицинские услуги. Проживание в крупных городах (Архангельск и Северодвинск) увеличивает относительные шансы наличия у респондента расходов на медикаменты на 55,6 %; расходов на медицинские услуги – на 40,6 %. Уровень дохода также пропорционально связан с наличием обоих видов указанных расходов. Наличие высшего образования также связано с более высокими относительными шансами иметь расходы на медицинские услуги, но не ассоциировано с наличием расходов на лекарственные препараты.

Самооценка состояния здоровья является значимым фактором, который оказывает влияние на вероятность наличия расходов на лекарственные препараты у респондента. Более негативное отношение к собственному здоровью увеличивало относительные шансы наличия расходов на лекарственные препараты в 1,878 раза (рис. 11).

Во второй группе процедур логистического регрессионного анализа в качестве предикторов использовались факторы, относящиеся

к свойствам системы здравоохранения, то есть являющиеся потенциально модифицируемыми.

Рис. 11. Немодифицируемые системой здравоохранения факторы, ассоциированные с наличием у респондентов расходов на лекарственные препараты и медицинские услуги

Рис. 12. Модифицируемые системой здравоохранения факторы, ассоциированные с наличием у респондентов расходов на лекарственные препараты и медицинские услуги

Непонятные разъяснения врачей поликлиник о причинах заболевания и методах его лечения увеличивают относительные шансы

наличия расходов на лекарственные препараты у респондента на 48,5 %. Кроме этого фактора повышает относительные шансы наличия указанных расходов только длительное время ожидания инструментальных исследований, которое также повышает относительные шансы наличия у пациента дополнительных расходов на медицинские услуги (что, вероятно, является своего рода компенсацией невозможности оперативно организовать диагностический процесс в поликлиниках). Отдельные характеристики процесса оказания стационарной медицинской помощи никак не взаимосвязаны с наличием или отсутствием у пациента расходов на лекарственные препараты (рис. 12).

Таким образом, результаты данного раздела медико-социального исследования доказывают тот факт, что значительная доля населения Архангельской области несет дополнительные расходы на платные медицинские услуги и лекарственные препараты, которые суммарно (если экстраполировать полученные результаты на всю популяцию) превышают 10 млрд руб. в год. Наличие у населения Архангельской области расходов на лекарственные препараты и медицинские услуги преимущественно опосредовано немодифицируемыми системой здравоохранения факторами (особенностями демографического и социально-экономического статуса). Особенности функционирования системы здравоохранения региона (модифицируемые факторы) практически не связаны с наличием или отсутствием указанных расходов [41].

ГЛАВА 4
РАЗРАБОТКА ПРОЕКТА ПРИМЕРНОГО ПОЛОЖЕНИЯ О ВНУТРЕННЕМ КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ БЮДЖЕТНЫХ И АВТОНОМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в государственных бюджетных и автономных учреждениях здравоохранения Архангельской области

I. Общие положения

1. Рекомендуемое Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в государственных бюджетных и автономных учреждениях здравоохранения Архангельской области (далее – Положение) разработано в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 02 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05 мая 2012 года № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

2. Настоящее положение определяет единый порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам) и безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам в государственных бюджетных и автономных учреждениях здравоохранения Архангельской области (далее – учреждения) и управления качеством медицинской помощи в учреждениях.

3. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в учреждениях в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, установленных требований к оказанию медицинской помощи, а также требований, обычно предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

4. Задачами внутреннего контроля являются:

4.1 предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

4.2 принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

4.3 выявление и обоснование дефектов медицинской помощи, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи, в том числе льготного лекарственного обеспечения, медицинских осмотров, диспансеризации; установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;

4.4 обеспечение качества медицинской помощи, оказываемой в учреждении;

4.5 соответствие организации медицинской деятельности учреждения (его структурных подразделений) требованиям нормативных актов;

4.6 уровень профессиональной подготовки врачей и средних медицинских работников, выполнение программы повышения квалификации персонала;

4.7 соответствие деятельности учреждения условиям функциональной и санитарной безопасности;

4.8 оценка организации фармакологического контроля;

4.9 соблюдение объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи в учреждении;

4.10 регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;

4.11 оценка состояния материально-технических ресурсов учреждения;

4.12 оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов учреждения;

4.13 оценка организационных технологий оказания медицинской помощи в учреждении;

4.14 изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;

4.15 анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в учреждении;

4.16 оценка деятельности медицинских работников учреждения, участвующих в оказании медицинских услуг;

4.17 подготовка предложений для руководителя учреждения, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

5. По итогам проведенного внутреннего контроля в учреждении разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством и безопасностью медицинской помощи:

5.1 принятие руководителем учреждения (или заместителем руководителя учреждения) управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи,

повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

5.2 планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

5.3 выбор наиболее рациональных управленческих решений;

5.4 осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий и проведение, в случае необходимости, корректировочных мероприятий.

6. Внутренний контроль может осуществляться в виде: планового контроля (тематическая экспертиза), целевого контроля (по отдельным случаям), предупредительного контроля, контроля результата с целью оценки качества выполненной услуги конкретному пациенту:

6.1 **плановый контроль** осуществляется согласно плану-графику, на основании действующих отраслевых, территориальных и внутриучрежденческих приказов (контроль соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; контроль выполнения требований санэпидрежима; контроль за фармпорядком; контроль за исполнением распоряжений администрации; контроль за проведением диспансеризации и т.д.);

6.2 **целевой контроль** предусматривает реализацию определенной цели, которая выявляет причину отклонения от стандарта качества: оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов; анализ летальности на дому лиц трудоспособного возраста; анализ ятрогенных осложнений; анализ жалоб пациентов и т.д.;

6.3 **предупредительный контроль** оценивает уровень безопасности лечебно-диагностического процесса для пациента, степень удовлетворительности пациента качеством медицинской помощи: контроль за осуществлением профилактики внутрибольничных инфекций; подготовкой и осуществлением работы комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций; контроль за рациональ-

ным использованием лекарственных средств; анализ анкетирования больных на предмет удовлетворительности качеством оказания медицинской помощи;

6.4 контроль результата-заключительная экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

7. Основные термины и определения, используемые при организации и проведении внутреннего контроля качества медицинской помощи:

Медицинская помощь – деятельность, направленная на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию пациентов и состоящая из совокупности медицинских услуг и лекарственного обеспечения.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Компоненты качества медицинской помощи – выполнение медицинских технологий, риск для пациента, оптимальность использования ресурсов, удовлетворенность потребителя медицинской помощи.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Потребитель медицинских услуг – человек (организация), нуждающийся в медицинских услугах и (или) получающий (получивший) их.

Пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская

помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Контроль качества медицинской помощи – определение соответствия оказанной медицинской помощи установленным на данный период стандартам и современному уровню медицинской науки и технологий с учетом объективно имеющихся потребностей отдельных пациентов.

Текущий контроль качества медицинской помощи – контроль качества медицинской помощи в процессе оказания медицинской помощи пациенту.

Заключительный контроль качества медицинской помощи – оценка качества медицинской помощи после оказания медицинской помощи пациенту.

Мониторинг КМП – процесс постоянного контроля КМП на основе применения действенных методик (инструментов), мер и статистических методов для измерения и прогнозирования качества, с целью установления механизма обратной связи, направленный на непрерывное улучшение КМП.

Медицинская помощь ненадлежащего качества – процесс оказания медицинской помощи с нарушениями лечебно-диагностического процесса, организационно-технических мероприятий, санитарно-противоэпидемического режима, лекарственного обеспечения, выражающимися в несоблюдении медицинских технологий, стандартов, повлекшими или не повлекшими за собой причинение вреда пациенту, повлекшими неоптимальное использование ресурсов, создание объективных условий для неудовлетворенности потребителей медицинской помощью.

Организатор контроля качества медицинской помощи – врач, имеющий действующий сертификат по клинической специальности и/или организации здравоохранения, владеющий специальными знаниями и методическими приемами планирования, организации экспертизы качества медицинской помощи, обобщения и статистического анализа ее результатов, подготовки проектов управленческих решений.

Экспертный случай – случай оказания медицинской помощи пациенту независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Экспертиза качества медицинской помощи – это исследование случая (случаев) оказания медицинской помощи, выполняемое экспертом качества медицинской помощи, в задачи которого входит выявление медицинских ошибок, описание их реальных и возможных следствий, выяснение причин возникновения медицинских ошибок, оформление обоснованного (мотивированного) заключения и составление рекомендаций по предотвращению типичных медицинских ошибок.

Тематическая экспертиза качества медицинской помощи – экспертиза качества медицинской помощи, которая проводится с целью общей системной оценки оказания качества медицинской помощи в отношении определённой совокупности случаев.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи – экспертиза качества медицинской помощи, которая проводится по отдельному случаю оказания медицинской помощи.

Доказательная медицинская практика (Evidence-basedmedicine; медицина, основанная на доказательствах) – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных (Evidence Based Medicine Working Group, 1993).

Управление качеством медицинской помощи – совокупность мер организационного, экономического, правового, научного, медицинского характера, направленных на обеспечение правильного выполнения медицинских технологий; снижение риска ухудшения состояния пациентов и неблагоприятного социального прогноза вследствие медицинской помощи; оптимизацию расходования ресурсов здравоохранения и медицинского страхования; обеспечение удовлетворенности потребителей медицинских услуг.

Управленческое решение – набор мероприятий, направленных на улучшение качества медицинской помощи, представленный в форме приказа, распоряжения, указаний и т.п. в устном или письменном виде.

Удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помо-

щью – документированные выводы потребителей медицинской помощи о том, в какой степени фактически полученные медицинские услуги соответствуют ожиданиям, пожеланиям и надеждам пациентов и их родственников.

II. Порядок организации и проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи (ККМП)

1. ККМП осуществляется в учреждении при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности на вид работ (услуг): «экспертиза качества медицинской помощи».

2. В случае отсутствия в учреждении лицензии на вид работ (услуг): «экспертиза качества медицинской помощи», ККМП может быть обеспечен путем заключения договора с медицинской организацией, имеющей лицензию на данный вид работ (услуг).

3. Услуги по ККМП, предоставляемые согласно заключенным договорам, должны соответствовать требованиям законодательства Российской Федерации и выполняться в соответствии с настоящим Положением.

4. Организация ККМП в учреждении осуществляется работниками, назначенными приказом руководителя ответственными за его проведение (далее – ответственные за проведение ККМП).

5. Уровни ККМП в учреждении:

I уровень – самоконтроль.

Оценка самим врачом в процессе лечения пациента соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, клиническим протоколам, национальным рекомендациям, иным нормативным и методическим документам, определяющим технологию лечебно-диагностического процесса, порядок организации медицинской помощи, с учетом особенностей каждого пациента и условий оказания медицинской помощи.

II уровень – заведующие структурными подразделениями.

Ежемесячное проведение экспертизы качества медицинской помощи с оформлением «экспертных протоколов оценки показателя уровня качества лечения (УКЛ)»:

• в стационаре не менее 15 % законченных случаев и 5 % незаконченных случаев;

• в амбулаторно-поликлинических учреждениях, станциях, отделениях скорой медицинской помощи не менее 30 случаев;

• по заданию организатора контроля качества медицинской помощи участвуют в проведении целевых и тематических экспертиз качества медицинской помощи с оформлением экспертных протоколов и экспертных заключений, а также контроля качества медицинской помощи с использованием временных индикаторов (при участии в текущем месяце заведующего структурным подразделением в тематической экспертизе, экспертиза качества в установленных объемах не проводится).

III уровень – заместитель руководителя учреждения (по медицинской части, клинико-экспертной работе, иные заместители, определенные руководителем учреждения):

• организует проведение целевых экспертиз качества медицинской помощи;

• организует проведение тематических экспертиз качества медицинской помощи в соответствии с утвержденным планом;

• проводит ежемесячный анализ результатов по структурным подразделениям и учреждению в целом с оценкой объема и качества медицинской помощи и подготовкой проектов управленческих решений;

• ежемесячно доводит информацию до руководителя учреждения, организует рассмотрение итогов контроля качества медицинской помощи на врачебной комиссии, врачебных конференциях учреждения;

• осуществляет оценку эффективности принятых управленческих решений по результатам повторных экспертиз качества медицинской помощи;

• организует разработку временных индикаторов качества медицинской помощи для организации промежуточного (оперативного) контроля по эффективности принимаемых управленческих решений по управлению качеством медицинской помощи;

• осуществляет ранжирование врачей, клинических отделений, служб по уровню качества медицинской помощи с установлением

характера и очередности мер, направленных на улучшение качества медицинской помощи в учреждении;

• осуществляет анализ результатов мониторинга удовлетворенности потребителей медицинской помощи;

• организует анализ и обобщение результатов экспертизы качества медицинской помощи, проводимой страховыми медицинскими организациями территориальным фондом обязательного медицинского страхования Архангельской области (далее – ТФОМС);

• осуществляет взаимодействие по вопросам качества медицинской помощи с министерством здравоохранения Архангельской области (далее – министерством), ТФОМС, СМО, профессиональными медицинскими ассоциациями.

Заместитель руководителя учреждения проводит не менее 30 экспертиз качества медицинской помощи, законченных случаев в течение квартала с оформлением результатов в карте экспертной оценки:

IV уровень – врачебная комиссия учреждения (ВК). При осуществлении внутреннего ККМП врачебная комиссия руководствуется действующими нормативными правовыми документами Российской Федерации, министерства здравоохранения Архангельской области, распорядительными документами учреждения.

6. Руководитель учреждения обеспечивает прохождение ответственными за проведение ККМП тематического повышения квалификации по контролю КМП.

7. Ответственные за проведение внутреннего контроля несут ответственность за объективность оценки КМП при проведении внутреннего контроля в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

8. ККМП не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самим ответственным за проведение контроля.

9. В учреждении разрабатывается положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской помощи, регламентирующее с учетом структуры, штатного расписания и специфики деятельности учреждения:

9.1 уровни контроля в учреждении;

9.2 перечень подразделений/отделений, должностей медицин-

ских работников учреждения, обязанности по контролю в отношении которых закреплены за конкретными ответственными за проведение контроля;

9.3 обязанности ответственного за организацию контроля (при его наличии);

9.4 обязанности ответственных за проведение контроля;

9.5 порядок использования результатов проведенного контроля в целях совершенствования качества оказания медицинской помощи;

9.6 порядок сбора, анализа и использования показателей для проведения мониторинга качества медицинской помощи в целях совершенствования качества оказания медицинской помощи;

9.7 порядок и периодичность оценки выводов, сделанных на нижестоящих уровнях контроля.

10. В обязательном порядке контролю качества медицинской помощи подлежат следующие случаи:

10.1 жалоба, письменное обращение пациента или его законного представителя в связи с ненадлежащим качеством медицинской помощи в учреждении;

10.2 запросы по обращениям граждан с жалобой на ненадлежащее качество медицинской помощи от министерства здравоохранения Архангельской области, правоохранительных органов, ТФОМС, страховых медицинских организаций, иных организаций, уполномоченных обеспечить защиту законных интересов гражданина в получении медицинской помощи надлежащего качества и гарантированного объема медицинской помощи;

10.3 случаи летальных исходов: в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста; на дому от управляемых причин, а также по решению КИЛИ;

10.4 впервые выявленные онкологические заболевания в поздних стадиях;

10.5 случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в том числе внутрибольничных осложнений, внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов, послеродовые осложнения (матери и плода);

10.6 случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;

10.7 случаи повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней – при повторной госпитализации;

10.8 отклонение сроков лечения от установленных стандартов более чем на 30 %;

10.9 случаи расхождения диагнозов (заключительных клинических диагнозов и патолого-анатомических диагнозов; дооперационных и послеоперационных диагнозов; диагнозов поликлиники и стационара);

10.10 случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями (Территориальным органом Росздравнадзора по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, Управлением Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Архангельской области, министерством здравоохранения Архангельской области, ТФОМС, СМО и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи.

11. На всех уровнях внутреннего контроля в первую очередь осуществляется экспертиза случаев, подлежащих обязательному контролю. Прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается использованием статистического метода случайной выборки.

12. Случаи, подлежащие контролю КМП в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.

Минимальный объем (количество) экспертиз случаев, частота проведения контроля качества медицинской помощи на всех уровнях сверх случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке, определяются приказом руководителя учреждения.

Отбор случаев для проведения проверки осуществляется с охватом всех подразделений (отделений, должностей медицинских работников) учреждения, в соответствии с закреплением обязанностей по контролю качества медицинской помощи за конкретными ответственными за проведение контроля.

В случае необходимости может быть проведена проверка совокупности случаев, отобранных по тематическому признаку.

При проведении контроля КМП ответственные за проведение контроля руководствуются: стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах проведенного контроля качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости – под подпись.

III. Методы проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи

Для проведения ККМП в учреждении рекомендуется к применению:

1. «Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи» (АТЭ КМП) – автоматизированный комплекс стандартизированных процедур, правил, алгоритмов, методических приемов, используемых вне зависимости от диагноза заболевания, вида оказания медицинской помощи, места оказания помощи (стационар, поликлиника).

2. Методика определения показателя «Уровень качества лечения» (УКЛ) – анализ каждого элемента лечебно-диагностического процесса с использованием оценочных коэффициентов.

3. Методика по формированию рейтинга медицинской организации по объективным показателям.

4. Методика по формированию рейтинга медицинской организации на основе триады Донабедиана.

IV. Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических протоколов, национальных рекомендаций, иных нормативных и методических документов, определяющих технологию лечебно-диагностического процесса, порядок организации медицинской помощи, с учетом особенностей течения болезни у каждого пациента, условий оказания медицинской помощи и средней длительности пребывания больного в стационаре, ут-

верженной в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области.

Для проведения экспертизы качества медицинской помощи используются документы, содержащие информацию о ходе выполнения лечебно-диагностического процесса: медицинская карта стационарного или амбулаторного больного, карта вызова скорой медицинской помощи и другие. Если медицинская помощь, качество которой оценивается, оказывалась пациенту на нескольких этапах (поликлиника, стационар, несколько клинических отделений, несколько учреждений здравоохранения), каждый этап оценивается отдельно на основе соответствующего медицинского документа. По результатам оценки каждого этапа составляется необходимое количество экспертных протоколов, а также общее экспертное заключение.

Если медицинская помощь пациенту оказывалась по разным клиническим профилям, к проведению экспертизы качества медицинской помощи привлекаются эксперты качества медицинской помощи разных клинических специальностей, которые анализируют один и тот же медицинский документ. По результатам оценки составляется соответствующее количество экспертных протоколов и общее экспертное заключение.

При оценке оформления первичной медицинской документации учитывается соответствие требованиям нормативных документов, регламентирующих порядок оформления медицинской документации. Проводится оценка соблюдения прав пациента, регламентированных действующим законодательством Российской Федерации (информированное добровольное согласие, конфиденциальность информации и т.д.) и соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при соблюдении медицинской деятельности.

V. Анализ результатов внутреннего контроля качества медицинской помощи и принятие управленческих решений

1. Результаты ККМП анализируются на всех уровнях контроля.

2. Ответственными за проведение контроля по результатам контроля КМП принимаются меры по недопущению повторения вы-

явленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до руководителя учреждения.

3. Разрабатываются предложения о необходимых мерах оптимизации качества и безопасности медицинской помощи.

4. Руководителем учреждения по результатам представленных данных анализа контроля КМП принимаются управленческие решения, которые фиксируются в приказах, положениях, инструкциях, протоколах врачебных конференций, либо в иной документации в соответствии с утвержденным в учреждении положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской помощи.

5. Контроль реализации управленческого решения возлагается на должностное лицо в соответствии с принятым в учреждении положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской помощи.

6. Сведения о результатах проведенного контроля КМП предоставляются учреждением в контролирующие органы в установленном порядке по форме, установленной настоящим Положением.

7. По результатам проведенного контроля КМП в учреждении планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:

a. организационные мероприятия – проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;

b. образовательные мероприятия – проведение клинических разборов, патолого-анатомических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;

c. дисциплинарные мероприятия – принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

d. экономические мероприятия – осуществление стимулирующих выплат медицинским работникам, применение материальных взысканий;

e. мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации учреждения;

f. мероприятия по совершенствованию укомплектованности учреждения медицинскими работниками.

8. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается руководителем учреждения или работниками, назначенными приказом руководителя учреждения.

9. Контроль за обеспечением в учреждении внутреннего контроля качества медицинской помощи осуществляется в пределах имеющихся полномочий министерством здравоохранения Архангельской области.

Порядок проведения анкетирования граждан

1. В целях изучения удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью рекомендуется проведение в учреждении анонимного анкетирования граждан с периодичностью 1 раз в квартал.

2. При организации и проведении анкетирования граждан рекомендуется руководствоваться нормативными правовыми актами Российской Федерации, Архангельской области и рекомендациями министерства здравоохранения Архангельской области.

3. В используемой анкете рекомендуется предусмотреть включение вопросов по следующим разделам:

• доступность медицинской помощи (режим работы учреждения и график работы врачей, кабинетов, сроки ожидания плановой медицинской помощи и т.д.);

• информирование населения об оказываемой медицинской помощи (наличие информации об оказываемых медицинских услугах, специалистах, контактных телефонах и т.д. на стендах, сайте учреждения);

• комфортность условий предоставления услуг (возможность записаться на прием к врачу по телефону, через электронную реги-

стратуру, доступность здания для лиц с ограниченными возможностями и т.д.);

• соблюдение правил и норм поведения медицинским персоналом (деонтология).

4. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой и предоставляется органам и организациям по запросам.

Результаты проведенного анкетирования используются руководителем учреждения в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам, и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.

ГЛАВА 5
ФОРМИРОВАНИЕ РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОСНОВЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ

Анализ положений нормативных актов, предусматривающих формирование рейтинга медицинской организации на основе качества работы

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 503 от 12.09.2014, принятым с целью реализации положений Федерального закона от 21.07.2014 № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования», утверждены Методические рекомендации по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, на основе оценки их деятельности по объективным показателям, содержащимся в действующих формах статистического учета и отчетности.

В своих положениях Методические рекомендации исходят из Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 810а от 31 октября 2013 г. «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения», который также предусматривал ежегодное формирование рейтингов деятельности медицинских организаций на основе независимой оценки качества их работы и размещение данных на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации. Отличительная особенность нового приказа заключается в том, что рейтинг медицинских организаций предписывается формировать с учетом номенклатуры медицинских организаций, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2013 г. N 529н.

Оба обозначенных выше нормативных документа носят рекомендательный характер и предусматривают возможность внесения изменений в методику определения рейтингов медицинских организаций, основанных на особенностях оценки качества их работы различными категориями потребителей медицинских услуг в регионах. В то же время следует учитывать принципиальную необходимость сохранения единого подхода к расчету рейтинга медицинских организаций, предусмотренного Приказами.

Останавливаясь на наиболее позднем по времени появления Приказа № 503, следует отметить, что в основе методики определения рейтинга медицинских организаций, предложенной ее разработчиками, лежит широко известная модель А. Донабедиана, согласно которой анализ эффективности системы здравоохранения и оценка качества медицинской помощи должны выполняться по показателям трех направлений, характеризующих ресурсное обеспечение организации, процесс оказания медицинской помощи и результативность оказания медицинской помощи. В свою очередь, итоговый рейтинг медицинской организации складывается из анализа набора объективных расчетных статистических показателей (всего – 71 показатель для 6 типов медицинских организаций), а также результатов социологического исследования удовлетворенности качеством оказанной помощи среди пациентов.

Обращаясь к формированию рейтинга медицинской организации на основе качества работы (под этим понятием разработчики методических рекомендаций понимают вторую составляющую итогового рейтинга), ее интегральная оценка (Ик) должна рассчитывается по формуле:

$$Ик = \sum_{i=1}^{n} w_i \times k_i^{10},$$

где: k_i^{10} - значение показателя k_i по 10-балльной шкале (перечень рекомендуемых показателей приводится в приложениях № 4 и 5 к Методическим рекомендациям по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, утвержденным при-

казом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2013 г. N 810а);

w_i – значение весового коэффициента показателя k_i (сумма всех весовых коэффициентов $\sum_{i=1}^{n} w_i = 1$).

Рассмотренная выше методика обладает существенным достоинством, суть которого состоит в том, что рассчитанный рейтинг медицинской организации является сопоставимым. Иными словами, имеется принципиально важная возможность сравнивать между собой однотипные учреждения по широкому ряду параметров. Однако, в силу некоторых обстоятельств, ее использование для проведения оперативной оценки удовлетворённости потребителей качеством медицинской помощи представляется весьма затруднительной процедурой. К примеру, ответы на вопрос об удовлетворенности наполнением информацией официальных сайтов медицинской организации будут иметь содержательный смысл только в группе респондентов молодого и среднего возраста, обладающих достаточным уровнем образованности. Необходимо учитывать и финансовые возможности населения приобретать компьютерную технику, а также наличие доступа к сети Интернет в отдаленных районах. При анкетировании сравнительно небольшого числа респондентов учет этого индикатора не дополнит содержательным смыслом рейтинговую оценку деятельности медицинской организации на основе оценки качества (напротив, может ее исказить). В этом случае необходимо масштабное исследование, требующее дополнительных и совершенно неоправданных временных, трудовых, финансовых ресурсов. Следует также отметить, что Приказ № 810а и Приказ № 503 не регламентируют способ формирования репрезентативной выборки, процедуру отбора респондентов для участия в социологическом исследовании (критерии включения и исключения респондентов). В то же время оценочные суждения потребителей медицинских услуг определяются в значительной мере особенностями их социального, экономического статуса, а также уже имеющегося опыта взаимодействия с системой здравоохранения. Немаловажное значение имеет и место сбора данных: трудно предположить, что анкетирование пациента в стационаре позволит получить достоверные сведения о его истинной оценке удовлетворенности качеством оказываемой медицинской помощи.

Также следует учитывать две важнейшие препозиции социологического исследования, проведенного методом анкетирования: респондент должен понимать суть поставленного перед ним вопроса, и он должен давать правдивые ответы. Все это оставляет широкие возможности манипулирования конечными результатами.

Эти, а также ряд других факторов обусловливают необходимость внесения дополнений в процедуру определения рейтинга медицинских организаций на основе качества работы.

Методика оперативной оценки рейтинга медицинской организации по качеству работы на основе базовой методики, предусмотренной Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 503 от 12.09.2014 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования»

Приказ Минздрава России от 12.09.2014 № 503, хотя и носит рекомендательный характер, указывает на необходимость сохранения единого подхода к определению рейтинга медицинских организаций на основе качества работы. С учетом положений нормативного акта, модели А. Донабедиана, результатов собственных исследований мы предлагаем рассчитывать рейтинг организаций, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь в амбулаторных условиях и оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, с учетом 3 компонентов общей интегральной оценки качества:

1) удовлетворенность потребителей медицинских услуг ресурсным обеспечением организации (структурой);

2) удовлетворенность потребителей медицинских услуг процессом оказания медицинской помощи;

3) удовлетворенность потребителей медицинских услуг результативностью оказания медицинской помощи.

Каждый из указанных компонентов должен анализироваться отдельно, тем самым давая возможность на уровне региона определять векторы совершенствования работы с пациентами в медицинских организациях.

Формирование рейтинга медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на основе качества работы

Инструментом оценки удовлетворенности потребителей качеством медицинской помощи, оказываемой в поликлиниках, является Анкета (приложение 3), разработанная сотрудниками Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск). Данный инструмент был апробирован и валидизирован в ходе пилотного исследования, результаты которого подтвердили достаточную тест-ретестовую надежность получаемых с его помощью данных. Поскольку Анкета является немодифицируемым инструментом медицинским организациям, оценивающим с ее помощью удовлетворенность потребителей качеством услуг, не следует вносить в нее дополнения, в т.ч. изменять формулировку вопросов.

Оптимальным способом заполнения анкеты является самостоятельное интервьюирование респондентов. При необходимости оценить удовлетворенность качеством медицинской помощи у лиц старшего возраста, у некоторых категорий инвалидов, анкетирование может быть проведено в режиме собеседования, во время которого специально подготовленный интервьюер будет фиксировать ответы респондентов.

Инструмент оценки удовлетворенности потребителей качеством медицинской помощи, оказываемой в поликлиниках, разработанный на основе примерной Анкеты (см. приложение 2 к Приказу № 810а) предусматривает возможность проведения исследования двумя способами. В случае, если необходима оперативная оценка рейтинга качества работы единственной медицинской организации, оптимальным объемом выборки следует считать 100–200 респондентов. Статистическая ошибка выборки составит в этом случае ± 8–11 %. В остальных случаях, в том числе, если имеется необходимость сравнить рейтинги нескольких медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оптимальной следует считать выборку объемом не менее 400 респондентов для каждой из них. Организаторам анкетирования необходимо обращать внимание на соответствие структуры

выборки респондентов особенностям структуры прикрепленного населения по полу и возрастным группам.

Алгоритм расчета рейтинга медицинской организации на основе качества состоит из следующих этапов:

I. Для вопросов Анкеты, предусматривающих варианты ответов «да» и «нет», указанных в таблице 1:

1. Рассчитать долю респондентов, ответивших утвердительно («да») в каждом вопросе.

2. Согласно предложенной градации присвоить рассчитанному значению доли респондентов, ответивших утвердительно («да») (столбец 3), балл в 10-балльной системе (столбец 4).

Пример: если доля ответивших утвердительно на вопрос «Вы удовлетворены условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?» составила 25,9 %, то оценка в баллах составит «3».

II. Для вопросов Анкеты, предусматривающих иные варианты ответов, указанных в таблице 1:

1. Присвоить балл ответу каждого респондента согласно предложенной градации (столбец 3).

2. Высчитать среднюю арифметическую баллов всех респондентов для данного вопроса.

3. Согласно предложенной градации значений средней арифметической (столбец 3), присвоить ей окончательный балл в 10-бальной системе (столбец 4).

Пример: предположим, что в исследовании приняли участие 3 респондентов. На вопрос «Насколько легко записаться на прием к врачу по телефону?» (среди тех, кто пытался записаться данным способом) 1-й респондент ответил «очень легко» (+10 баллов), 2-й – «очень сложно» (+ 5 баллов), 3-й – «не удалось» (– 10 баллов). Средняя арифметическая (+10 / +5 / -10) = 1,7. Окончательный балл = 2.

Далее следует перевести полученные на этапах 1 и 2 для каждого вопроса баллы в процентную долю рейтингов удовлетворенности потребителей медицинских услуг ресурсным обеспечением организации (рейтинг «Структуры»), процессом оказания медицинской

помощи (рейтинг «Процесса»), результативностью оказания медицинской помощи (рейтинг «Результата») соответственно, а также «Итогового рейтинга» учреждения. Как видно из таблицы 1, баллы, полученные на каждый вопрос в Анкете, имеют свои весовые коэффициенты в рамках своей группы (Рейтинги «Структуры», «Процесса» и «Результата») и в рамках «Итогового рейтинга». Так, поскольку Рейтинг «Структура» оценивается всего по одному вопросу («Вы удовлетворены условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?»), ответ на него имеет весовой коэффициент 100 %; в то же время его весовой коэффициент в рамках «Итогового рейтинга» составляет всего 10 %. «Итоговый рейтинг», таким образом, рассчитывается по формуле

$$Ик = \sum_{i=1}^{n} w_i \times k_i^{10}, \text{ (см. выше)}$$

Пример: если доля ответивших утвердительно на вопрос «Вы удовлетворены условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?» составила 25,9 %, а оценка в баллах составит, соответственно, «3», к Рейтингу «Процесс» следует прибавить 1,5 % (= (3×5%)/10 (максимальный балл)), а к «Итоговому рейтингу» – прибавить 1,2 % (= (3×4%)/10 (максимальный балл)).

Отдельно следует отметить, что разработанная анкета предусматривает возможность уменьшения рейтинга медицинской организации в случаях, указанных в таблице 1, если относительно велика доля негативных оценок потребителями тех или иных критериев удовлетворенности процессом оказания медицинской помощи (например, если значительная доля респондентов на вопрос «Как долго Вы ожидали прием у врача участкового терапевта?» отвечает «более 1 часа» (– 10 баллов), средняя арифметическая баллов ответов, и, как следствие, окончательный балл будут отрицательными). Хотя Методические рекомендации, утвержденные Приказом № 503 Минздрава РФ, и не подразумевают такую возможность, разработчики внесли это дополнение вследствие того, что характеризуемая респондента-

ми подобным образом ситуация свидетельствует о грубых нарушениях правил оказания медицинских услуг.

В случае, если производится сравнение рейтингов нескольких медицинских организаций, каждой из них следует присвоить порядковый номер по мере уменьшения интегральной оценки качества работы. Медицинской организации, получившей наивысшую интегральную оценку качества работы, присваивается 1-й номер.

Завершением процедуры определения рейтинга медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на основе качества работы является оформление итоговой таблицы (табл. 21).

Таблица 21

Рейтинг медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на основе качества работы

	Медицинская организация X	**Медицинская организация Y**	**Медицинская организация Z**
РЕЙТИНГ «СТРУКТУРЫ», % (удовлетворенность потребителей медицинских услуг ресурсным обеспечением организации)	–	–	–
РЕЙТИНГ «ПРОЦЕССА», % (удовлетворенность потребителей медицинских услуг процессом оказания медицинской помощи)	–	–	–
РЕЙТИНГ «РЕЗУЛЬТАТА», % (удовлетворенность потребителей медицинских услуг результатив-ностью оказания медицинской помощи)	–	–	–
ИТОГОВЫЙ РЕЙТИНГ, %	–	–	–

Формирование рейтинга медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, на основе качества работы

Расчет рейтинга медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, на основе качества работы производится также с учетом 3 компонентов общей интегральной оценки качества по А. Донабедиану:

1) удовлетворенность потребителей медицинских услуг ресурсным обеспечением организации (структурой);

2) удовлетворенность потребителей медицинских услуг процессом оказания медицинской помощи;

3) удовлетворенность потребителей медицинских услуг результативностью оказания медицинской помощи.

Инструментом оценки удовлетворенности потребителей качеством медицинской помощи, оказываемой в поликлиниках, является Анкета (приложение 2). Оптимальным способом ее заполнения является самостоятельное интервьюирование респондентов. Учитывая высокую степень субъективности суждений пациентов, пребывающих в стационаре, анкетирование следует проводить уже после выписки в поликлиниках.

В случае, если необходима оперативная оценка рейтинга качества работы единственной медицинской организации (больницы), оптимальным объемом выборки следует считать 100–200 респондентов; в остальных случаях -– не менее 400 респондентов. Организаторам анкетирования необходимо также обращать внимание на соответствие структуры выборки респондентов особенностям структуры прикрепленного населения по полу и возрастным группам.

Алгоритм расчета рейтинга организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, состоит из следующих этапов:

I. Для вопросов Анкеты, предусматривающих варианты ответов «да» и «нет», указанных в таблице 2:

1. Рассчитать долю респондентов, ответивших утвердительно («да») в каждом вопросе.

2. Согласно предложенной градации, присвоить рассчитанному значению доли респондентов, ответивших утвердительно («да») (столбец 3), балл в 10-балльной системе (столбец 4).

II. Для вопросов Анкеты, предусматривающих варианты ответов «отлично» / «хорошо» / «удовлетворительно» / «плохо», указанных в таблице 2:

1. Рассчитать суммарную долю респондентов, ответивших «отлично» и «хорошо» в каждом из этих вопросов.

2. Согласно предложенной градации, присвоить рассчитанному значению доли респондентов, ответивших «отлично» и «хорошо» (столбец 3), балл в 10-балльной системе (столбец 4).

III. Для вопросов Анкеты, предусматривающих иные варианты ответов, указанных в таблице 2:

1. Присвоить балл ответу каждого респондента согласно предложенной градации (столбец 3).

2. Высчитать среднюю арифметическую баллов всех респондентов для данного вопроса.

3. Согласно предложенной градации значений средней арифметической (столбец 3), присвоить ей окончательный балл в 10-балльной системе (столбец 4).

Далее следует перевести полученные на этапах 1, 2 и 3 для каждого вопроса баллы в процентную долю рейтингов удовлетворенности потребителей медицинских услуг ресурсным обеспечением организации (рейтинг «Структуры»), процессом оказания медицинской помощи (рейтинг «Процесса»), результативностью оказания медицинской помощи (рейтинг «Результата») соответственно, а также «Итогового рейтинга» учреждения по аналогичной схеме для случая оценки удовлетворенности первичной медико-санитарной помощи, используя соответствующие весовые коэффициенты (столбцы 5 и 6). «Итоговый рейтинг» рассчитывается по формуле:

$$Ик = \sum_{i=1}^{n} w_i \times k_i^{10}$$ (см. выше)

Завершением процедуры определения рейтинга медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, на основе качества работы является оформление итоговой таблицы (табл. 22)

Таблица 22

Рейтинг медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на основе качества работы

	Медицинская организация X	**Медицинская организация Y**	**Медицинская организация Z**
РЕЙТИНГ «СТРУКТУРЫ», % (удовлетворенность потребителей медицинских услуг ресурсным обеспечением организации)	–	–	–
РЕЙТИНГ «ПРОЦЕССА», % (удовлетворенность потребителей медицинских услуг процессом оказания медицинской помощи)	–	–	–
РЕЙТИНГ «РЕЗУЛЬТАТА», % (удовлетворенность потребителей медицинских услуг результативностью оказания медицинской помощи)	–	–	–
ИТОГОВЫЙ РЕЙТИНГ, %	–	–	–

Таблица 23

Таблица для перевода результатов исследования удовлетворенности респондентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказанной в поликлиниках, в баллы рейтинга

Формулировка вопроса	Варианты ответов	Градация доли респондентов, ответивших на вопрос	Балл в 10-балльной системе	Весовой коэффициент в своей группы	Весовой коэффициент в общем рейтинге
1	2	3	4	5	6
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ СТРУКТУРЫ					
Вы удовлетворены условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0% < X ≤ 10,0 % 10,0% < X ≤ 20,0 % 20,0% < X ≤ 30,0 % 30,0% < X ≤ 40,0 % 40,0% < X ≤ 50,0 % 50,0% < X ≤ 60,0 % 60,0% < X ≤ 70,0 % 70,0% < X ≤ 80,0 % 80,0% < X ≤ 90,0 % 90,0% < X ≤ 100,0 %	– 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	100 %	100 %
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ПРОЦЕССА (В Т.Ч. ДОСТУПНОСТЬЮ) МЕД.ПОМОЩИ					
Врач предоставил Вам информацию о Вашем заболевании, о мерах по профилактике и предупреждению обострений заболевания на приеме в поликлинике?	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 %	– 0 1 2 3 4	5,0 %	4,0 %

Продолжение таблицы 23

		40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0%	5 6 7 8 9 10		
Врач предоставил Вам информацию о Вашем заболевании, о мерах по профилактике и предупреждению обострений заболевания на вызове?	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	5,0 %	4,0 %
Вам приходилось обращаться в другие медицинские учреждения по причине отсутствия врачей-специалистов или необходимого медицинского оборудования?	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0% < X ≤ 60,0% 60,0% < X ≤ 70,0% 70,0% < X ≤ 80,0%	– 10 9 8 7 6 5 4 3 2	5,0 %	4,0 %

Продолжение таблицы 23

		80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	1 0		
Вам приходилось оплачивать лекарства, назначенные лечащим врачом поликлиники?	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	5,0 %	4,0 %
Вам приходилось оплачивать медицинские услуги лично медицинскому персоналу (без оформления документов об оплате)?	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	5,0 %	4,0 %
Вас устраивает график работы поликлиники?	«да» / «нет»	«ДА» = 0 %	0		

Продолжение таблицы 23

		0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10,0%	8,0%
Насколько легко записаться на прием к врачу по телефону? **(среди тех, кто пытался записаться данным способом)**	«очень легко / легко» «сложно / очень сложно» «не удалось»	**Присвоить балл ответу каждого респондента и высчитать среднюю арифметическую:** - «очень легко / легко» = +10 баллов - «сложно / очень сложно» + 5 баллов - «не удалось» = -10 баллов -10,0 < X ≤ -5,0 -5,0 < X < 0,0 = 0 0,0 < X ≤ 1,0	 -10 -5 0 1	5,0 %	4,0 %

Продолжение таблицы 23

		1,0 < X ≤ 2,0 2,0 < X ≤ 3,0 3,0 < X ≤ 4,0 4,0 < X ≤ 5,0 5,0 < X ≤ 6,0 6,0 < X ≤ 7,0 7,0 < X ≤ 8,0 8,0 < X ≤ 9,0 9,0 < X ≤ 10,0	2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Насколько легко записаться на прием к врачу по интернету? **(среди тех, кто пытался записаться данным способом)**	«очень легко / легко» «сложно / очень сложно» «не удалось»	**Присвоить балл ответу каждого респондента и высчитать среднюю арифметическую:** - «очень легко / легко» = +10 баллов - «сложно / очень сложно» + 5 баллов - «сложно / очень сложно» + 5 баллов - «не удалось» = -10 баллов -10,0 < X ≤ -5,0 -5,0 < X < 0,0 = 0 0,0 < X ≤ 1,0	 -10 -5 0 1	5,0 %	4,0 %

Продолжение таблицы 23

		$1{,}0 < X \leq 2{,}0$ $2{,}0 < X \leq 3{,}0$ $3{,}0 < X \leq 4{,}0$ $4{,}0 < X \leq 5{,}0$ $5{,}0 < X \leq 6{,}0$ $6{,}0 < X \leq 7{,}0$ $7{,}0 < X \leq 8{,}0$ $8{,}0 < X \leq 9{,}0$ $9{,}0 < X \leq 10{,}0$	2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Насколько легко записаться на прием к врачу через регистратуру? **(среди тех, кто пытался записаться данным способом)**	«очень легко / легко» «сложно / очень сложно» «не удалось»	**Присвоить балл ответу каждого респондента и высчитать среднюю арифметическую:** - «очень легко / легко» = +10 баллов - «сложно / очень сложно» + 5 баллов - «не удалось» = -10 баллов $-10{,}0 < X \leq -5{,}0$ $-5{,}0 < X < 0{,}0$ $= 0$ $0{,}0 < X \leq 1{,}0$ $1{,}0 < X \leq 2{,}0$	-10 -5 0 1 2	5,0 %	4,0 %

Продолжение таблицы 23

Как долго Вы ожидали прием у врача участкового терапевта?	«до 30 мин» «до 1 часа» «более 1 часа»	**Присвоить балл ответу каждого респондента и высчитать среднюю арифметическую:** - «до 30 мин» = +10 баллов - «до 1 часа» + 5 баллов - «более 1 часа» = -10 баллов -10,0 < X ≤ -5,0 -5,0 < X < 0,0 = 0 0,0 < X ≤ 1,0 1,0 < X ≤ 2,0 2,0 < X ≤ 3,0 3,0 < X ≤ 4,0 4,0 < X ≤ 5,0 5,0 < X ≤ 6,0 6,0 < X ≤ 7,0 7,0 < X ≤ 8,0 8,0 < X ≤ 9,0 9,0 < X ≤ 10,0	- 10 - 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10,0 %	8,0 %

Продолжение таблицы 23

Время ожидания консультаций / исследований	«до 2 недель» «до 1 месяца» «более 1 месяца»	**Присвоить балл ответу каждого респондента и высчитать среднюю арифметическую:** - «до 2 недель» = +10 баллов - «до 1 месяца» + 5 баллов - «более 1 месяца» = - 10 баллов -10,0 < X ≤ -5,0 -5,0 < X < 0,0 = 0 0,0 < X ≤ 1,0 1,0 < X ≤ 2,0 2,0 < X ≤ 3,0 3,0 < X ≤ 4,0 4,0 < X ≤ 5,0 5,0 < X ≤ 6,0 6,0 < X ≤ 7,0 7,0 < X ≤ 8,0 8,0 < X ≤ 9,0 9,0 < X ≤ 10,0	 - 10 - 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	5,0 %	4,0 %

Продолжение таблицы 23

Время ожидания лабораторных исследований	«до 2 недель» «до 1 месяца» «более 1 месяца»	**Присвоить балл ответу каждого респондента и высчитать среднюю арифметическую:** - «до 2 недель» = +10 баллов - «до 1 месяца» + 5 баллов - «более 1 месяца» = - 10 баллов -10,0 < X ≤ -5,0 -5,0 < X < 0,0 = 0 0,0 < X ≤ 1,0 1,0 < X ≤ 2,0 2,0 < X ≤ 3,0 3,0 < X ≤ 4,0 4,0 < X ≤ 5,0 5,0 < X ≤ 6,0 6,0 < X ≤ 7,0 7,0 < X ≤ 8,0 8,0 < X ≤ 9,0 9,0 < X ≤ 10,0	 - 10 - 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	5,0 %	4,0 %

Продолжение таблицы 23

Время ожидания инструментальных исследований	«до 2 недель» «до 1 месяца» «более 1 месяца»	**Присвоить балл ответу каждого респондента и высчитать среднюю арифметическую:** - «до 2 недель» = +10 баллов - «до 1 месяца» + 5 баллов - «более 1 месяца» = - 10 баллов -10,0 < X ≤ -5,0 -5,0 < X < 0,0 = 0 0,0 < X ≤ 1,0 1,0 < X ≤ 2,0 2,0 < X ≤ 3,0 3,0 < X ≤ 4,0 4,0 < X ≤ 5,0 5,0 < X ≤ 6,0 6,0 < X ≤ 7,0 7,0 < X ≤ 8,0 8,0 < X ≤ 9,0 9,0 < X ≤ 10,0	 - 10 - 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	5,0 %	4,0 %

Продолжение таблицы 23

Вам приходилось сталкиваться с недоброжелательным отношением работников поликлиники: **администрации**	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	5,0 %	4,0 %
Вам приходилось сталкиваться с недоброжелательным отношением работников поликлиники: **врачей**	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	- 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	5,0 %	4,0 %

Продолжение таблицы 23

Вам приходилось сталкиваться с недоброжелательным отношением работников поликлиники: **медицинских сестер**	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	5,0 %	4,0 %
Вам приходилось сталкиваться с недоброжелательным отношением работников поликлиники: **работников регистратуры**	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	5,0 %	4,0 %

Продолжение таблицы 23

Вам приходилось сталкиваться с недоброжелательным отношением работников поликлиники: **санитаров**	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	5,0 %	4,0 %
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ РЕЗУЛЬТАТА					
Вы удовлетворены **результатом** оказания медицинской помощи в поликлинике?	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	100 %	100 %

Таблица 24

Таблица для перевода результатов исследования удовлетворенности респондентов качеством специализированной медицинской помощи, оказанной в больницах, в баллы рейтинга

Формулировка вопроса	Варианты ответов	Градация доли респондентов, ответивших на вопрос	Балл в 10-балльной системе	Весовой коэффициент в своей группы	Весовой коэффициент в общем рейтинге
1	2	3	4	5	6
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ СТРУКТУРЫ					
Вы удовлетворены оказанием медицинской помощи в стационаре **(условиями пребывания)**	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	100 %	10,0 %
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ПРОЦЕССА МЕД.ПОМОЩИ					
Вы удовлетворены оказанием медицинской помощи в стационаре **(питанием)**?	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 %	– 0 1 2	7 %	5 %

Продолжение таблицы 24

		20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	3 4 5 6 7 8 9 10		
Вы удовлетворены оказанием медицинской помощи в стационаре **(лечением)**?	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	7 %	5 %
Вы удовлетворены оказанием медицинской помощи в стационаре **(проведением диагностических исследований)**?	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 %	– 0 1 2 3 4	7 %	5 %

Продолжение таблицы 24

	-	40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	5 6 7 8 9 10		
Если Вам во время пребывания в медицинской организации проводились процедуры, требующие обезболивания, то оцените действия врачей и медицинских сестер при их выполнении?	«отлично» / «хорошо» / «удовлетворительно» / «плохо»	**Суммарная доля респондентов, ответивших «отлично» и «хорошо»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	7 %	5 %
Если Вам во время пребывания в медицинской организации требовалась помощь медсестер или другого персонала больницы по уходу, то оцените действия врачей и медицинских сестер при их выполнении?	«отлично» / «хорошо» / «удовлетворительно» / «плохо»	**Суммарная доля респондентов, ответивших «отлично» и «хорошо»**		7 %	5 %

Продолжение таблицы 24

		= 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Ваш лечащий врач предоставил Вам информацию о Вашем заболевании, о мерах по профилактике и предупреждению обострений заболевания в стационаре?	«да» / «нет»	= 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	7 %	5 %
Вам приходилось самостоятельно покупать лекарства во время лечения в стационаре?	«да» / «нет»	= 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 %	10 9 8 7 6 5	10 %	10 %

Продолжение таблицы 24

		50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	4 3 2 1 0		
Вам приходилось оплачивать медицинские услуги (лабораторные, инструментальные исследования) лично медицинскому персоналу (без оформления документов об оплате) во время пребывания в стационаре?	«да» / «нет»	**Присвоить балл каждому респонденту и высчитать среднюю арифметическую:** - «да» = -10 баллов - «нет» + 10 баллов -10,0 < X ≤ -5,0 -5,0 < X < 0,0 = 0 0,0 < X ≤ 1,0 1,0 < X ≤ 2,0 2,0 < X ≤ 3,0 3,0 < X ≤ 4,0 4,0 < X ≤ 5,0 5,0 < X ≤ 6,0 6,0 < X ≤ 7,0 7,0 < X ≤ 8,0 8,0 < X ≤ 9,0 9,0 < X ≤ 10,0	 - 10 - 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10 %	5 %

Продолжение таблицы 24

Вам приходилось благодарить (деньгами, подарками и т.п.) врачей?	«да» / «нет»	**Присвоить балл каждому респонденту и высчитать среднюю арифметическую:** - «да» = -10 баллов - «нет» + 10 баллов -10,0 < X ≤ -5,0 -5,0 < X < 0,0 = 0 0,0 < X ≤ 1,0 1,0 < X ≤ 2,0 2,0 < X ≤ 3,0 3,0 < X ≤ 4,0 4,0 < X ≤ 5,0 5,0 < X ≤ 6,0 6,0 < X ≤ 7,0 7,0 < X ≤ 8,0 8,0 < X ≤ 9,0 9,0 < X ≤ 10,0	- 10 - 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10 %	10 %
Вам приходилось сталкиваться с недоброжелательным отношением работников стационара? **(администрации)**	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 %	10 9 8 7	7 %	5 %

Продолжение таблицы 24

		30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	6 5 4 3 2 1 0		
Вам приходилось сталкиваться с недоброжелательным отношением работников стационара? **(врачей)**	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 % 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	7 %	5 %
Вам приходилось сталкиваться с недоброжелательным отношением работников стационара? **(медицинских сестер)**	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 %	– 10 9 8 7 6 5	7 %	5 %

Продолжение таблицы 24

		50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	4 3 2 1 0		
Вам приходилось сталкиваться с недоброжелательным отношением работников стационара? **(санитаров)**	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0% 50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	– 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0		
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ РЕЗУЛЬТАТА					
Вы удовлетворены результатом оказания медицинской помощи в стационаре?	«да» / «нет»	**«ДА»** = 0 % 0,0 % < X ≤ 10,0 % 10,0 % < X ≤ 20,0 % 20,0 % < X ≤ 30,0 % 30,0 % < X ≤ 40,0 % 40,0 % < X ≤ 50,0 %	– 0 1 2 3 4 5	100%	10,0%

Продолжение таблицы 24

		50,0 % < X ≤ 60,0 % 60,0 % < X ≤ 70,0 % 70,0 % < X ≤ 80,0 % 80,0 % < X ≤ 90,0 % 90,0 % < X ≤ 100,0 %	6 7 8 9 10		

СПИСОК НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ

1. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ. Российская газета. Федеральный выпуск. № 274, 3 декабря 2010 г.

2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ. Российская газета. Федеральный выпуск. № 5639, 23 ноября 2011 г.

3. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования: Федеральный закон РФ от 21 июля 2014 года № 256-ФЗ. Российская газета. Федеральный выпуск. № 6441, 30 июля 2014 г.

4. О мерах по реализации государственной социальной политики. Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 597. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.- правовой системы «Консультант плюс».

5. О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. Постановление Правительства РФ от 05.11.97 № 1387. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

6. О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.03.2012 № 286. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

7. Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности. Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

8. О признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 30 марта 2013 года № 286. Постановление Правительства РФ от 27.11.2014 № 1263. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

9. О порядке осуществления координации деятельности по проведению независимой оценки качества оказания услуг организа-

циями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования и общего методического обеспечения проведения указанной оценки. Постановление Правительства РФ от 14.11.2014 № 1202. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

10. Об определении уполномоченного федерального органа исполнительной власти, определяющего состав информации о результатах независимой оценки качества образовательной деятельности организаций, осуществляющих образовательную деятельность, оказания услуг организациями культуры, учреждениями и предприятиями социального обслуживания, медицинскими организациями и порядок ее размещения на официальном сайте для размещения информации о государственных и муниципальных учреждениях в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Постановление Правительства РФ от 14.11.2014 № 1203. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

11. Об утверждении плана мероприятий по формированию независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги. Распоряжение Правительства РФ от 30.03.2013 №487-р. [Электронный ресурс] Доступ из справ.- правовой системы «Консультант плюс».

12. О внесении изменений в план мероприятий по формированию независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, на 2013–2015 годы, утвержденный распоряжением Правительства РФ от 30.03.2013 № 487-р. Распоряжение Правительства РФ от 20.01.2015 № 53 [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

13. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20.02.2011 № 158н. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

14. Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации. Приказ МЗ РФ от 5.05.2012 № 502н. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

15. Об утверждении Порядка организации и проведения ведом-

ственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 № 1340н. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

16. Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения. Приказ МЗ РФ от 31.10.2013 № 810а. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

17. Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения. Приказ МЗ РФ от 12.09.2014 № 503. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

18. Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. Приказ МЗ РФ от 28.11.2014 № 787н. [Электронный ресурс] Доступ из справ.- правовой системы «Консультант плюс».

19. Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Приказ МЗ РФ от 30.12.2014 № 956н. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

20. О признании утратившими силу приказов министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2013 г. № 810а и от 12 сентября 2014 г. № 503. Приказ МЗ РФ от 14.05.2015 № 239. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

21. Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. Приказ МЗ РФ от 14.05.2015 № 240. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.- правовой системы «Консультант плюс».

22. Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования». Приказ ФФОМС от 29.05.2009 № 118. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

23. О социологическом исследовании / Информационное письмо ТФОМС АО от 06.02.2013 № 261/01-10. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

24. Методика оценки деятельности медицинских организаций. Приложение к письму Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14.02.2012 № 14-3/10/2-1243. 6с.

25. О направлении рекомендуемого перечня мероприятий по организации проведения в субъекте Российской Федерации независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования. Письмо Минтруда России №11-3/10/П-5546 от 26 сентября 2014 г. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.- правовой системы «Консультант плюс».

26. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года // Федеральный портал. Режим доступа: http:www.protown.ru/information/doc/4293/html. (Дата обращения 24.04.2014 г.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абашин Н.Н. Удовлетворенность пациента как показатель качества медицинской помощи / Н.Н. Абашин // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1998. № 5. С. 31–33.

2. Абрамов А.Ю. Научно-организационные аспекты совершенствования контрольно-разрешительных механизмов в системе управления качеством медицинской помощи: автореф. дис. … к.м.н. / А.Ю. Абрамов. – М., 2008.

3. Алексеев В.А. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения / В.А. Алексеев, Ф.Е. Вартанян, И.С. Шурандина //Здравоохранение. – 2009. – № 11. – С. 57–67.

4. Амозов А.М. Роль социальных индикаторов качества в комплексной оценке уровня оказания специализированной медицинской помощи больным дерматологического профиля / А.М. Амозов, Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг // Дальневосточный вестник дерматовенерологии, дерматокосметологии и сексопатологии. – 2008. – № 2. [Электронный ресурс]. URL: http://www.urniidvi.ru/files/social_indikator.pdf. (Дата обращения: 05.08.2014 г.).

5. Антонова Н.Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования (на примере г. Екатеринбурга) / Г.Л. Антонова // SPERO. Осень-Зима 2007. – № 7. – С. 191–198.

6. Асатова А.Б. Перспективы использования рейтинговых оценок в управлении здравоохранением / А.Б. Асатова, А.А. Аканов, М.А. Камаолиев. Режим доступа: http://www.rusnauka.com/4_SND_2009/Medecine/39980.doc.htm. (Дата обращения: 05.08.2014 г.).

7. Астафьев Л.М. Социологический анализ удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи: автореф. дис. … канд. соц.наук / Л.М. Астафьев. – М., 2005. 24 с.

8. Всероссийское социологическое исследование «Изучение мнения населения Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи». – М., 2009. – 350 с.

9. Вишняков Н.И. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи / Н.И. Вишняков, Н.Г. Петрова, С.А. Блохина и др. // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – №2 (45). – С. 43–45.

10. ВОЗ (2000 г.). Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

11. ВОЗ (2012 г.). Сравнение деятельности систем здравоохранения как инструмент влияния на повестку дня в области политики, информационного обеспечения и научных исследований. Краткое изложение принципов № 4. – 56 с.

12. ВОЗ (2001 г.). Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения. Европейское бюро ВОЗ. 2001. – 67 с.

13. Вялков А.И. Управление качеством медицинской помощи

в лечебно-профилактическом учреждении на современном этапе / А.И. Вялков, Р.А. Хальфин, Е.Л. Никонов // ГлавВрач. – 2009. – № 3. – С. 16 – 25.

14. Голышев А.Я. Концепция создания системы управления качеством в лечебно-профилактических учреждениях» помощи / А.Я. Голышев, О.М. Носырева //Медицинские конференции [Электронный журнал]. URL: http://www.medico.ru/articles/management/article_001.htm (Дата обращения: 10.04.2014).

15. Горбунов М.В. Стационарная помощь детям глазами родителей / М.В. Горбунов, В.И. Горбунов, В.И. Плужник, О.В. Королева // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2012. – Т. 91. – № 2. – С. 140–142.

16. Государственные расходы на здравоохранение в Российской Федерации: проблемы и пути их решения. Издание Всемирного банка. 32 с. URL: http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/Public_Spending_report_ru.pdf. Информация об удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в I полугодии 2013 года Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Адыгея. [Электронный ресурс]. URL: http://arfoms.ru/insquestions/grazdanam/anketa.php. (Дата обращения: 25.08.2014 г.)

17. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине / В.Г. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во ГОУ ВПО ДВГМУ Росздрава, 2007. – 386 с.

18. Ефименко С.А. Социология пациента: автореф. дис. … д-ра. соц.наук / С.А. Ефименко. – М., 2007. – 50 с.

19. Жигулева Л.Ю. Оценка пациентами качества стационарной гематологической помощи / Л.Ю. Жигулева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 2. – С. 27–31.

20. Жидкова Е.А. Соотношение платной и бесплатной медицинской помощи населению Российской Федерации за период 2008–2010 гг. / Е.А. Жидкова // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2013. – № 3. – С. 275–276.

21. Зубаревич Н.В. Социальное развитие и социальная политика российских регионов: Обзор социальной политики в России. Начало

2000-х гг. / Н.В. Зубаревич. – М.: Независимый институт социальной политики, 2007. – С. 388–424.

22. Иванова Л.Ю. Причины неудовлетворенности населения возможностями получения медицинской помощи (на материалах опроса в Липецкой области) / Л.Ю. Иванова. – Режим доступа: http://ecsocman.edu.ru/db/msg/307662/print.html. (Дата обращения 05.08.2014 г.)

23. Индейкин Е.Н. От оценки качества медицинской помощи к его обеспечению и управлению (к истории движения) / Е.Н. Индейкин // Вопр. экспертизы и качества мед. помощи. – 2012. – № 11. – С. 66–70.

24. Информация об удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в I полугодии 2013 года Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Адыгея. [Электронный ресурс]. URL: http://arfoms.ru/insquestions/grazdanam/anketa.php. (Дата обращения: 25.08.2014 г.).

25. Казакова Т.В. Социально-психологические технологии повышения качества медицинской помощи на основе системного подхода и инноваций / Т.В. Казакова, Т.Н. Брескина //Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 1. – С. 50–53.

26. Калининская А.А. Оценка медико-демографической ситуации, медико-социальных факторов и организации медицинской помощи сельскому населению (по результатам социологического опроса). Социальные аспекты здоровья населения / А.А. Калининская, А.К. Дзугаев, М.В. Воробьев // [Электронный научный журнал]. 2011; 22 (6). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/221/30/lang,ru/. (Дата обращения: 24.04.2014).

27. Карачевцева М.А. Определение рейтингов районов Санкт-Петербурга по результатам создания систем управления качеством медицинской помощи / А.В. Пахомов, С.М. Михайлов, Е.О. Цингер // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 4 (10). – С. 141–149.

28. Современное состояние качества высокотехнологичной и лекарственной помощи в Российской Федерации (по данным социологических исследований) / В.А. Ковалев, О.А. Маслова // Проблемы

стандартизации в здравоохранении. – 2009. – № 3–4.

29. Колесник А. Международный опыт мониторинга медицинских услуг и оценка результативности в сфере здравоохранения / А. Колесник. – Режим доступа: http://ecsocman.edu.ru/db/msg/307667/print.html. (Дата обращения: 24.04.2014).

30. Комаров Ю.М. Качество медицинской помощи как одно из приоритетных направлений развития здравоохранения / Ю.М. Комаров // Здравоохранение. – 2009. – № 10. – С. 35–45.

31. Кораблев В.Н. Инновационный подход к управлению ресурсами здравоохранения (на примере Хабаровского края): автореф. дис. … канд.мед.наук / В.Н. Кораблев. – Новосибирск, 2006. 24 с.

32. Котова Г.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи / Г.Н. Котова, Е.Н. Нечаева, П.А. Гучек, Л.Н. Карасева // Здравоохранение РФ. – 2001. № 4. – 22–26.

33. Красильников А.В. Анкетирование пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги / А.В. Красильников // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – № 1. – Т. 20. – С. 31–39.

34. Кулигина М.В. Состояние амбулаторной акушерской помощи: результаты социологического опроса беременных женщин / М.В. Кулигина, Л.В. Карнеева, И.А. Комарова, А.Е. Цивилева // Детская медицина Северо-Запада. – 2012. –Т. 3. – № 2. – С. 47–49.

35. Лин А.А. Фармацевтический рынок: фундаментальные особенности / А.А. Лин, С.В. Соколова // Проблемы современной экономики. – 2012. – № 3(43). – С. 322–325.

36. Максимова Т.М. Особенности восприятия пациентами разных стран условий оказания медицинской помощи / Т.М. Максимова, Н.П. Пушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 3. – С. 8–10.

37. Медведская Д.Р. К проблеме определения рейтинга муниципальных систем здравоохранения / Д.Р. Медведская, Е.В. Ползик, С.А. Никофоров, В.С. Казанцев // Экономика здравоохранения.– 2010. – № 8. – С. 27–32.

38. Мелякова А.А. Совершенствование системы амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г. Владивостока / Мелякова А.А. – Хабаровск. – 2006. –25 с.

39. Меньшикова Л.И. Удовлетворенность пациентов Архан-

гельской области первичной медико-санитарной помощью / Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова, А.М. Вязьмин, Т.Г. Светличная, Э.А. Мордовский // Социальные аспекты здоровья. – 2013. – № 5. [Электронный ресурс]. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/509/27/lang,ru. (Дата обращения: 24.04.2014).

40. Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Оценка достоверности мнения пациентов о качестве стационарной медицинской помощи / Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова, Э.А. Мордовский // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 5. – С. 18–25.

41. Меньшикова Л.И. Расходы населения на лекарственные препараты и медицинские услуги и факторы, их обусловливающие / Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова, Э.А. Мордовский // Социальные аспекты здоровья. – 2014. – № 1(35). [Электронный ресурс]. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/542/30/lang,ru (Дата обращения: 24.04.2014).

42. Михайлов С.М. Научно-практическое обоснование процесса непрерывного улучшения качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения: автореф. дис. … д-ра.мед.наук. / С.М. Михайлов. – СПб., 2004. 32 с.

43. Набережная Ж.Б. Анализ удовлетворенности больных медицинской помощью в стационарах / Ж.Б. Набережная, А.Г. Сердюков // ГлавВрач. – 2005. – № 3. – С. 49–53.

44. Наумова Е.А. Сравнительный анализ удовлетворенности от лечения пациентов терапевтического профиля в клиниках Саратова и Массачусетса / Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц, Е.В. Тарасенко // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – № 2. URL: http://www.rae.ru13 (Дата обращения: 24.04.2014).

45. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России / Авт. коллектив: С.В. Шишкин (отв. ред.), Т.В. Богатова, Е.Г. Потапчик, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова; Независимый институт социальной политики. — М., 2002. URL:http://www.socpol.ru/publications/pdf/book4.pdf (Дата обращения: 24.04.2014).

46. Носырева О., Ртищева Т. Исследование влияния факторов на удовлетворенность населения медицинской помощью / О. Носырева, Т. Ртищева // Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы регионального экономиче-

ского менеджмента». С.-Петербург, 24–25 мая 2012 г. – СПб., 2012.

47. Обращение населения за медицинской помощью по 20-процентным группам населения в 2009 г. Данные Федеральной Службы Государственной Статистики. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b10_44/IssWWW.exe/Stg/d02/10-27.htm (Дата обращения: 24.06.2014).

48. Огнева Е.Ю. Оценка доступности и качества медицинской помощи в муниципальных учреждениях здравоохранения / Е.Ю. Огнева, Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, И.Я. Таджиев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2012. – № 7–8.

49. Петров С.В. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью как элемент системы управления качеством медицинской помощи в военных лечебно-профилактических учреждениях: автореф. дис. … канд. мед. наук / С.В. Петров. – СПб., 2009.

50. Петрова Н.Г. Социологические исследования как неотъемлемый инструмент управления на современном этапе / Н.Г. Петрова, С.А. Балохина, М.М. Мартиросян, Э.В. Комличенко, М.В. Петров // Проблемы управления здравоохранением. – 2008. – № 4 (41). – С. 19–25.

51. Подпорина И.В. Методологические подходы к оценке результатов функционирования системы здравоохранения / И.В. Подпорина // Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. 2008; 3 (7). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/221/30/lang,ru/ (Дата обращения: 24.04.2014).

52. Принципы обеспечения качества. Отчет о совещании ВОЗ (Барселона, 17–19 мая 1983 г.): Пер. с англ. / Составитель отчета W. Jeesse. – М.: Медицина, 1991. – 27 с.

53. Решетников А.В. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А.В. Решетников, Л.М. Астафьев // Социология медицины. 2005. – № 1. – С. 32–38.

54. Рожкова Е.В. Качество медицинской услуги и его оценка / Е.В. Рожкова // Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. 2012; 1 (23). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/221/30/lang,ru/ (Дата обращения: 24.04.2014).

55. Руководство по применению стандарта ИСО 9001:2000 в области здравоохранения / Пер. с англ. Г.Е. Герасимовой. – М.: РИА

«Стандарты и качество», 2002. – 112 с.

56. Русинова Н.Л. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения / Н.Л. Русинова, Л.В. Панова, О.Н. Бурмыкина // Социология медицины. – 2006. – № 2. – С. 24–31.

57. Русинова Н.Л. Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения / Н.Л. Русинова, Л.В. Панова // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2002. – № 4. – С. 147–163.

58. Светличная Т.Г. Методика анализа удовлетворенности населения качеством медицинской помощи: методические рекомендации / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, Е.Л. Борчанинова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2010. – 51 с.

59. Светличная Т.Г. Профиль удовлетворенности пациентов первичной амбулаторной медицинской помощью / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, Е.Л. Борчанинова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. – № 5–6. – С. 3–7.

60. Светличная Т.Г. Структурный анализ удовлетворенности пациентов качеством стационарной медицинской помощи / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, Е.Л. Борчанинова // Главный врач. – 2010. – № 2. – С. 77–82.

61. Светличная Т.Г. Медико-социологический подход к анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова // Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. 2011; 19 (3). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/221/30/lang,ru/ (Дата обращения: 24.04.2014).

62. Селезнева Е.В. Динамика участия различных групп населения России в оплате медицинской помощи / Селезнева Е.В. // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 11. – С. 26–35.

63. Серегина И.Ф. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи / И.Ф. Серегина, А.Л Линденбратен., Н.К. Гришина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 5. – С. 3–7.

64. Сибурина Т.А. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помо-

щью. Социальные аспекты здоровья населения / Т.А. Сибурина, Г.Н. Барскова, Л.В. Лактионова [Электронный научный журнал]. 2013; 29 (1). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/221/30/lang,ru/ (Дата обращения: 24.04.2014).

65. Сибурина Т.А. Базовая методология и практика рейтинговых оценок в здравоохранении / Т.А. Сибурина, А.А. Князев, Л.К. Лохтина, Ю.В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. 2012; 27 (5). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/221/30/lang,ru/ (Дата обращения: 24.04.2014).

66. Система управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге. Первые результаты и проблемы развития: / сборник научно-практических работ / под ред. А.В. Шаброва и В.Ф. Чавпецова. – СПб., 2007. – 173 с.

67. Спиридонов А.В. Метод оценки удовлетворенности пациентов качеством стационарных услуг в условиях модернизации здравоохранения / А.В. Спиридонов, А.В. Шулаев // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 4. [Электронный ресурс]. URL:http:/www.science-education.ru/110-10001 (Дата обращения: 24.04.2014).

68. Средние потребительские цены на отдельные виды медицинских услуг: Сборник «Платное обслуживание населения в России – 2009 г.» Данные Федеральной Службы Государственной Статистики.URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b09_ 78/IssWWW.exe/Stg/08-02.htm (Дата обращения: 24.04.2014).

69. Стародубов В.И. Социологические исследования как индикатор качества медицинской помощи в системе непрерывной профилактики перинатальной патологии / В.И. Стародубов, В.С. Ступак, И.М. Сон, О.М. Филькина, Е.А. Воробьева и др. // Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. 2012; 26 (4). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/221/30/lang,ru/ (Дата обращения: 24.04.2014)

70. Стародубов В.И, Щепин О.П., Медик В.А и др. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство / В.И. Стародубов, О.П. Щепин, В.А. Медик и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 619 с.

71. Суслин С.А. Оценка пациентами качества медицинской по-

мощи в сельской местности / С.А. Суслин // ГлавВрач. – 2005. – № 1. – С. 29–33.

72. Тайницкая Э.В. Современные подходы к улучшению качества медицинской помощи детскому населению на уровне первичного звена здравоохранения: дис… канд. мед. наук / Э.В. Тайницкая. – М., 2013. – 167 с.

73. Тарасенко Е.А. Зарубежный опыт выбора показателей качества медицинской помощи для построения рейтингов медицинских организаций: уроки для России / Е.А. Тарасенко // Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. 2013; 34 (6). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/221/30/lang,ru/ (Дата обращения: 24.04.2014)

74. Тарасенко Е.А. Рейтинги учреждений здравоохранения как инструмент независимой оценки качества медицинских услуг / Е.А. Тарасенко //Здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 68–74.

75. Томсон С. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе: проблемы и стратегическое решение / С. Томсон, С. Фобистер, С. Мосаиалос // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf (Дата обращения: 24.04.2014).

76. Трепель В.Г. Актуальные вопросы качества медицинской помощи / В.Г. Трепель, М.А. Шишов, Е.В. Шумилина // Медицинское право. 2012. № 1. [Электронный ресурс] Доступ из справ.- правовой системы «Консультант плюс».

77. Трифонова Н.Ю. Оценка качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях на современном этапе / Н.Ю. Трифонова, А.Р. Габриелян, К.И. Касапов // Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. 2013, 33 (6). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/221/30/lang,ru/ (Дата обращения: 24.04.2014).

78. Трофимов В.В. Структура качества медицинских услуг, методологические, методические и медико-организационные аспекты экспертизы / Трофимов В.В. – Архангельск, 2007. – 260 с.

79. Улугбекова Г.Э. Доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации. Методы оценки и сравнение показателей с развитыми странами / Г.Э. Улугбекова // Менеджмент качества

в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 4 (10). – С. 36–45

80. Ушаков И.В. Организационная технология мониторинга удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи / И.В. Ушаков, И.С. Кицул, Н.Ф. Князюк и др. // ГлавВрач. – 2006. – № 1. – С. 77–85.

81. Фейгенбаум А. Контроль качества продукции / А. Фейгенбаум; сокр. пер. с англ; Автор предисловия и науч. ред. Н.В. Гличев. – М.: Экономика, 1996. – С. 98.

82. Филатов В.Н. Удовлетворенность клиентов качеством платной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения амбулаторного звена / В.Н. Филатов // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 7. – С. 30–36.

83. Флек В.О. Модернизация российского здравоохранения – основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению / В.О. Флек, Д.А. Зинланд. – СПб.: Изд-во Политехнического университета, 2011. – 440 с.

84. Фоменко А.Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения / А.Г. Фоменко // Медицинские новости. – 2011. – № 11. С. 31–38.

85. Ханин А.Л. Оценка качества оказания медицинской помощи в первичном звене муниципального здравоохранения г. Междуреченска / А.Л. Ханин, Т.И. Чернушенко, Н.И. Кравченко // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – «Нордмедиздат». – 2013. – № 2. – С. 8–13.

86. Цыганова О.А. Анализ удовлетворенности пациентов качеством стационарной медицинской помощи / О.А. Цыганова // Пробл. стандартизации в здравоохр. – 2009. – № 11–12. – С. 22–28.

87. Чавпецов В.Ф. Определение рейтингов учреждений здравоохранения и районов Санкт-Петербурга на основании результатов деятельности по управлению качеством медицинской помощи: методические рекомендации / В.Ф. Чавпецов, М.А. Карачевцева, С.М. Михайлов и др. // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 4. – С. 141–148.

88. Черкашина Т.Ю. Дифференциации населения России по по-

треблению медицинских услуг: масштабы и факторы / Т.Ю. Черкашина // SPERO. Население и социальные институты. – 2012. – № 17. – С. 122–136.

89. Чумаков А.С. Модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования с позиций их потребителей (концептуальные и методические подходы): автореф. дис. ... д-ра мед.наук / А.С. Чумаков. – Иваново, 2009. – 42 с.

90. Чумаков А.С. Общественное мнение как форма контроля за медико-социальной эффективностью здравоохранения (методологические, методические и тактические аспекты) / А.С. Чумаков, А.А. Шошин, А.Т. Магомедов и др. // Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. 2010; 15(3). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/221/30/lang,ru/ (Дата обращения: 22.04.2014)

91. Шеин А.Ф. Анализ эффективности инновационной деятельности в лечебно-профилактических учреждениях услуг / А.Ф. Шеин // Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. 2011. Т. 17. № 1. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/274/30/lang,ru (Дата обращения: 24.04.2014).

92. Шелякин В.А. Удовлетворенность населения Свердловской области доступностью и качеством бесплатной медицинской помощи / В.А. Шелякин // Вопросы политологии и социологии. – 2012. – № 1 (2).

93. Шильникова Н.Ф. Социологическая оценка качества медицинской помощи пациентами в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Читы / Н.Ф. Шильникова, О.В. Ходакова, И.В. Богатова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 109–112.

94. Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В. Социологический опрос как механизм управления лечебными учреждениями / Н.Ф. Шильникова, О.В. Ходакова // Социология медицины. 2004. – № 2. – С. 24–26.

95. Шипунов Д.А. Социологическое обоснование концепции непрерывного контроля качества медицинских услуг: автореф. дис. … канд. мед. наук / Д.А. Шипунов. – Волгоград, 2008. – 36 с.

96. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: мотивация вра-

чей и общественная доступность / С.В. Шишкин. – М.: Независимый институт социальной политики, 2008. 288 с.

97. Шишкин С.В. Различия в доступности медицинской помощи для населения России / С.В. Шишкин, Е.В. Селезнева, А.Я. Бурдяк // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации. – 2008. – № 8. – С. 135–158.

98. Шкарин В.В. Анализ удовлетворенности пациентов круглосуточного стационара Волгоградской области / В.В. Шкарин // Вестник новых медицинских технологий. 2012. № 1. [Электронный ресурс]. URL: http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2012-1/3722.pdf (Дата обращения: 24.04.2014).

99. Шулаев А.В., Гатаулина Г.С. Удовлетворенность родителей организацией лечения в детских поликлиниках мегаполиса в условиях модернизации муниципального здравоохранения / А.В. Шулаев, Г.С. Гатаулина //Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 6.

100. Щепин О.П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г.И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.

101. Юдин С.В. Мотивационные медико-социальные условия совершенствования системы амбулаторно-поликлинической помощи муниципального и негосударственного сектора / С.В. Юдин, А.А. Мелякова, Н.С. Сыроед // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 4. – С. 28–32.

102. Юдин С.В. Социологические исследования как метод определения мотивационных условий совершенствования первичной медико-санитарной помощи / С.В. Юдин, А.А. Мелякова, А.С. Юдина // Тюменский медицинский журнал. – 2005. – № 5. – С. 19–22.

103. Юргель Н.В. Первые результаты составления общероссийского рейтинга роддомов / Н.В. Юргель, Е.Л. Никонов, А.В. Саверский // Здравоохранение. – 2009. – № 8. – С. 6–55.

104. Ямлиханов Г. Удовлетворенность пациентов – значимая характеристика качества медицинской помощи населению республики Башкортостан / Г. Ямлиханов // Проблемы управления здравоохранением. – 2008. – № 6 (43). –С. 65–68.

105. Atun R. (2004) Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи? – Копенгаген, европейское региональное бюро ВОЗ (доклад Сети физических данных по вопросам здоровья; http://www.euro.who.int/document/e82997R.pdf).

106. Bacon N. Will Doctor Rating Sites Improve Standards of Care? Yes. BMJ. 2009. 338:b1030.

107. Blam I., Kovalev S. Commercialization of medical care and household behavior in transitional Russia. RUIG/UNRISD project on Globalization, Inequality and Health, a collaborative international project forming part of the RUIG research programme on The Social Challenge of Development. Available from: http://www.ruig-gian.org/ressources/comeliau-health_Russia-Blam-Kovalev.pdf [cited 2014 Apr. 25].

108. Deming W.E. Some theory of sampling // New York. N. Y. Dover. – 1966.

109. Donabedian A., Leonards S. Models of quality assurance // Rosenfeld Memorial Lecture / Chapel Hill, 1993.

110. Donabedian A. The Criteria and Standards of Quality. Michigan: Health Administration Press; 1982. 504 p.

111. Donabedian A. Twenty years of research on the quality of medical care // Evaluation and the Health professions, 8. 1985. №3. P. 243–265.

112. Dyer C. // BMJ. 1999. Vol. 318. P. 830.

113. DrFoster Hospital Guide. [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr. 25]. Available from: http://www.drfosterhealth.co.uk/hospital-guide/

114. Ellis R., Wittington D. Quality Assurance in Health Care. London, 1993.

110. Fine D., Meyer E. Hospital and Health Service Administration, 1983, 94–121.

115. Nanda U., Andresen E.M. Health-related quality of life / Eval. and Health Prof. 1998. Vol. 2. P. 197–215.

116. Physician Hospital Outpatient Analysis. [Internet]. 2013 [cited 2014 Jun 26]. Available from: http://www.comparionanalytics.com/

117. Physician Quality Rating. Texas Medical Association. [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr. 25]. Available from: http://www.texmed.org/PhysicianRatingSchemes/

114. Physician Quality Rating Analysis. [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr. 25]. Available from: http://www.comparionanalytics.com/

115. Rampersad H. Total Qualiti Management/ Springer-Verlag New York, LLC? 1 st. Edition, 1 st. March 2001. 179 p.

116. Saltman R.B., Figueras J., Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Open University Press, 1998. 256 p.

117. Starr P. The social transformation of American medicine. New York: Basic Books. Inc., 1982. P. 56–80.

118. Taylor F.W. Principles of Scientific Management Principles of Scientific Management. 1911/ [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. URL: http://gtmarket.ru/personnels/frederick-taylor/info [cited 2014 Apr. 25].

119. Truven Health 100 Top Hospital. [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr. 25]. Available from: www.100tophospitals.com/reports

120. US News and World Report Rating. [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr. 25]. Available from: http://www.usnews.com/pubfiles/7-17AdultMethReport2012_Final.pdf

121. Yu Y.-T., Dean A. The contribution of emotional satisfaction to consumer loyalty // International Journal of Service Industry Management. – Vol. 12. – 2001. – № 3. – P. 28–42.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница № 2 СМП»

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Положение) устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям и за безопасностью осуществляемой медицинской деятельности в ГБУЗ «Северодвинская городская больница № 2 СМП».

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- законом Российской Федерации от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 г. № 1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»;
- постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»;
- постановлением Правительства РФ от 15.10.2012 г. № 1043 «Об утверждении Положения о федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств»;

- постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 г. N 502н (ред. от 02.12.2013) «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
- другими нормативными документами, регламентирующими проведение контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- Уставом настоящей организации.

1.3. Основные понятия и термины, используемые в настоящем Положении

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;

Пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови

и (или) ее компонентов в медицинских целях;

Законченный случай лечения – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в медицинской организации с момента обращения до исхода лечения заболевания или завершения диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий;

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

Безопасность медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих безопасность используемых при оказании медицинской помощи медицинских услуг, ресурсов, в том числе кадровых и материально-технических, безопасность медицинских изделий, лекарственных средств, а также безопасность условий оказания медицинской помощи;

Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи – документы, устанавливающие, в том числе требования к объёмам и качеству медицинской помощи с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации, обеспечивающие защиту интересов потребителя медицинских слуг. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

Клинические рекомендации (протоколы лечения) – документы по вопросам оказания медицинской помощи. Клинические рекомендации (протоколы лечения) разрабатываются профессиональными некоммерческими организациями, создаваемые медицинскими работниками и фармацевтическими работниками;

Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата;

Эксперт качества медицинской помощи – врач-специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об ак-

кредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности;

Врачебная ошибка - ошибка врача в профессиональной деятельности, вследствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности или невежества;

Плановая экспертиза качества медицинской помощи – экспертиза, проводимая с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям Плановая экспертиза качества медицинской помощи – экспертиза определенной совокупности случаев медицинской помощи, проводимая сплошным или выборочным методом в соответствии с установленным планом;

Целевая экспертиза качества медицинской помощи – экспертиза отдельно взятого случая медицинской помощи, проводимая по определенному поводу.

1.4 Основные цели и задачи внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является обеспечение права пациента на получение медицинской помощи надлежащего качества и обеспечение её безопасности.

Задачами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются:

- оценка своевременности оказания медицинской помощи;
- оценка правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
- оценка степени достижения запланированного результата;
- оценка соблюдения прав пациента при оказании медицинской помощи;
- оценка обеспечения предусмотренных законодательством приоритетов интересов пациента при оказании ему медицинской помощи;

- оценка полноты и эффективности выполняемых медицинских вмешательств и медицинских услуг;
- получение достоверной информации о качестве оказания медицинской помощи;
- определение соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам медицинской помощи, порядкам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), другим нормативным документам в сфере здравоохранения, устанавливающим требования к качеству и безопасности медицинской помощи;
- анализ качества используемых ресурсов (кадровых, материально-технических, иных) в процессе оказания медицинской помощи;
- разработка предложений и мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи;
- определение потребностей медицинского персонала в дополнительных профессиональных знаниях;
- внедрение мотивационных механизмов повышения профессиональной ответственности медицинских работников;
- выявление зон неэффективности в процессе оказания медицинской помощи, разработка и принятие мер по их устранению;
- разработка корректирующих и предупреждающих действий;
- изучение и обеспечение удовлетворенности потребителей медицинских услуг их качеством.

2. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

2.1. Компоненты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации включает следующие компоненты:

- контроль соблюдения подразделениями и врачами медицинской организации порядков и стандартов медицинской помощи;
- контроль качества материально-технических ресурсов;

- контроль качества ведения необходимой медицинской документации;
- контроль качества и безопасности оказания медицинской помощи конкретному пациенту;
- контроль качества (оценка) результатов медицинской деятельности;
- контроль за соблюдением прав граждан в сфере охраны здоровья граждан;
- контроль соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- контроль соблюдения медицинскими и фармацевтическими работниками, ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности.

Контроль качества и безопасности оказания медицинской помощи конкретному пациенту

Контроль качества оказания и безопасности медицинской помощи конкретным пациентам проводится по отдельным законченным случаям, как правило, путём изучения учётно-отчётной медицинской документации с использованием нормативных документов, устанавливающих требования к качеству медицинской помощи (порядков и стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) и других нормативных документов), действующих в сфере здравоохранения, а также принятых в данной медицинской организации.

Контролю могут подлежать и незаконченные случаи, при необходимости с проведением очной экспертизы пациента.

Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:

а) целевой экспертизы качества медицинской помощи;

б) плановой экспертизы качества медицинской помощи.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в следующих случаях.

В стационаре экспертизе подвергаются:

- все летальные исходы;
- ятрогенные заболевания;
- внутрибольничное инфицирование;
- осложнения, возникшие в ходе медицинских вмешательств;
- внеплановые оперативные вмешательства, выполненные больным, поступившим на плановые операции;
- повторные госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года, не обоснованные технологией оказания медицинской помощи;
- жалобы пациентов и их законных представителей;
- все случаи повторной госпитализации в реанимацию;
- все случаи заболеваний с удлиненным или укороченным сроком лечения более чем на 30 процентов от установленного стандартом медицинской помощи.

В амбулаторно-поликлинических подразделениях:

- все случаи смерти в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста на дому от управляемых причин (болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, инфекционные заболевания; во всех возрастах – язвенная болезнь желудка и 12-перст. кишки, острая хирургическая и гинекологическая патология);
- все случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- впервые выданные листки нетрудоспособности (от 10 до 30 % методом случайной выборки);
- все случаи расхождения прижизненных диагнозов поликлиники и патолого-анатомических диагнозов;
- запущенные формы онкологических заболеваний, туберкулёза;
- жалобы пациентов и их законных представителей;

Количество целевых экспертиз качества медицинской помощи определяется количеством случаев, требующих её проведения по указанным в настоящем Положении основаниям.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объёмов, сроков, качества, безопасности и условий предоставления медицинской помощи группам

пациентов, разделенным по профилю подразделений медицинской организации, возрасту, заболеванию или группе заболеваний и другим признакам и условиям.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи, отобранным:

а) методом случайной выборки;

б) по тематически однородной совокупности случаев.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений прав пациентов на своевременное получение медицинской помощи установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи объёма и качества, в том числе обусловленных неправильным выполнением профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий, повлекших ухудшение состояния здоровья пациента, дополнительный риск неблагоприятных последствий для его здоровья, неоптимальное расходование ресурсов медицинской организации, неудовлетворенность медицинской помощью пациентов.

Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи направлена на решение следующих задач:

а) выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;

б) сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам пациентов, разделенным по профилю подразделения медицинской организации, в котором им оказывалась медицинская помощь; возрасту, полу и другим признакам;

в) разработку и реализацию предложений по предотвращению дефектов качества и безопасности медицинской помощи.

Экспертиза качества и безопасности медицинской помощи может проводиться ***в период оказания пациенту медицинской помощи*** – очная экспертиза качества медицинской помощи, в том числе по обращению пациента или его законного представителя.

Основной целью очной экспертизы качества медицинской помощи является предотвращение и/или минимизация отрицательного

влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи.

Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества и безопасности медицинской помощи, оформляется *экспертное заключение,* содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

Изучение удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи осуществляется не реже чем один раз в шесть месяцев по утверждённой министерством здравоохранения Архангельской области методике.

Предметом внутреннего контроля в сфере безопасности медицинской деятельности является выполнение требований по ряду направлений медицинской деятельности:

• выполнение сотрудниками медицинской организации требований к безопасности медицинской помощи (стандартов и порядков оказания медицинской помощи, алгоритмов, правил, положений, клинических рекомендаций (протоколов лечения), регламентов и других нормативных документов), действующих в сфере здравоохранения, а также принятых в данной организации;

• выполнение требований по обеспечению безопасного обращения лекарственных средств;

• выполнение сотрудниками организации требований к обеспечению эксплуатации, применения, хранения и утилизации медицинских изделий;

• выполнение сотрудниками организации требований к обеспечению безопасного обращения с медицинскими отходами;

• выполнение сотрудниками организации требований информационной безопасности, включая работу с персональными данными пациентов и сотрудников организации, а также меры по сохранению врачебной тайны;

• выполнение сотрудниками организации требований по обеспечению инфекционной безопасности и профилактике внутрибольничных инфекций.

Особенности и специфика работы по обеспечению безопасности

по каждому из указанных выше направлений регулируются отдельными документами (порядками, правилами, положениями и т.д.), утверждёнными руководителем медицинской организации, и иными нормативными документами.

Результаты внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности фиксируются в Карте контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий (приложение 4).

2.2. Порядок организации и проведения Внутреннего контроля качества медицинской помощи

Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется работниками, назначенными приказом руководителя организации и ответственными за проведение Внутреннего контроля качества медицинской помощи (далее по тексту – ответственные за проведение контроля).

2.1. Ответственным лицом за организацию контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации является руководитель медицинской организации или уполномоченное им соответствующим приказом лицо.

2.2. *Лицами, ответственными* за организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в структурных подразделениях (отделениях) организации, являются руководители соответствующих подразделений (отделений, кабинетов).

2.3. Обязанности лица, ответственного за организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи в организации, и лиц, ответственных за организацию контроля качества и безопасности медицинской деятельности в подразделениях (отделениях, кабинетах), отражаются в их должностных инструкциях.

2.4. Лицо, ответственное за организацию внутреннего контроля качества и безопасности в медицинской деятельности, должно не реже одного раза в пять лет пройти подготовку *(повышение квалификации в объёме 144 часа)* по вопросам экспертизы и контроля качества медицинской помощи и иметь соответствующий документ установленного образца.

2.5. В своей деятельности лицо, ответственное за организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, руководствуется настоящим Положением. Лицо, ответственное за организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, обеспечивает ознакомление с настоящим Положением всего медицинского персонала медицинской организации, подразделения под роспись (приложение 1).

2.6. В необходимых случаях для проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов работники медицинских учреждений высшего или дополнительного профессионального образования, работники медицинских научно-исследовательских организаций, а также работники иных медицинских организаций, имеющие соответствующую подготовку.

2.7. Организация и координация работы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности возложена **на службу контроля качества медицинской помощи медицинской организации,** деятельность которой регламентирована отдельным документом.

2.8. Уровни контроля качества и безопасности медицинской деятельности

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской помощи осуществляется на трех уровнях:

1 уровень – контроль со стороны лица, ответственного за контроль качества и безопасности медицинской деятельности в подразделении (отделении). Как правило, таким ответственным лицом является заведующий отделением (кабинетом).

Основные задачи лица ответственного за контроль качества и безопасности медицинской деятельности в подразделении (отделении, кабинете) включают:

• определение соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам медицинской помощи и порядкам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), другим нормативным документам в сфере здравоохранения, устанавливающим требования к качеству и безопасности медицинской помощи;

• оценку своевременности оказания медицинской помощи;

• оценку правильности выбора методов профилактики, диагно-

стики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

• оценку степени достижения запланированного результата (регламентирована отдельным Положением);

• оценку соблюдения прав пациента при оказании медицинской помощи;

• оценку обеспечения предусмотренных законодательством приоритетов интересов пациента при оказании ему медицинской помощи;

• оценку полноты и эффективности выполняемых медицинских вмешательств и медицинских услуг;

• выполнение установленных требований к качеству оформления учётно-отчётной документации;

• предупреждение несоответствий оказания медицинской помощи и обеспечение соблюдения прав пациентов при её оказании в соответствующем подразделении (отделении, кабинете);

• анализ деятельности медицинского персонала подразделения (отделения, кабинета) в области качества и безопасности медицинской помощи;

• выявление и анализ дефектов, допущенных при оказании медицинской помощи в подразделении (отделении, кабинете);

• разработка и реализация предложений для руководства медицинской организации по повышению качества медицинской помощи;

• организация и проведение ежемесячных внутренних разборов (совещаний, конференций) по качеству и безопасности оказываемой медицинской помощи в подразделении (отделении, кабинете);

• разбор всех жалоб и обращений пациентов в установленном порядке.

2 уровень – контроль ***заместителя главного врача*** по медицинской части.

Функции по контролю качества и безопасности медицинской деятельности по конкретным направлениям возлагаются на профильных заместителей (при их наличии) – заместителя по поликлинической работе, клинико-экспертной работе, заместителя по хирургии и т.д.

Основные задачи лица, ответственного за контроль качества и безопасности медицинской деятельности, на данном этапе:

• определение соответствия оказываемой медицинской помощи

стандартам медицинской помощи и порядкам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), другим нормативным документам в сфере здравоохранения, устанавливающим требования к качеству и безопасности медицинской помощи;

• контроль за обеспечением преемственности в работе между поликлиникой, стационаром, подразделениями скорой и неотложной помощи, диагностическими службами и другими медицинскими и фармацевтическими организациями;

• оценка своевременности оказания медицинской помощи;

• оценка правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

• оценка степени достижения запланированного результата;

• оценка соблюдения прав пациента при оказании медицинской помощи;

• оценка обеспечения предусмотренных законодательством приоритетов интересов пациента при оказании ему медицинской помощи;

• оценка полноты и эффективности выполняемых медицинских вмешательств и медицинских услуг;

• выполнение установленных требований к качеству оформления учётно-отчётной документации;

• оценка качества и безопасности медицинской помощи, данная на I этапе контроля руководителем структурного подразделения;

• предупреждение несоответствий оказания медицинской помощи и обеспечение соблюдения прав пациентов при её оказании в медицинской организации;

• анализ деятельности руководителей структурных подразделений в области качества и безопасности медицинской деятельности;

• выявление и анализ дефектов, допущенных при оказании медицинской помощи в медицинской организации;

• разработка и реализация предложений по повышению качества и безопасности медицинской деятельности;

• организация и проведение ежемесячных внутренних разборов (совещаний, конференций) по качеству и безопасности медицинской деятельности;

• проведение выборочного контроля качества медицинской помощи конкретным пациентам в необходимом объёме.

3 уровень – контроль качества и безопасности медицинской деятельности со стороны врачебной комиссии (подкомиссии).

Основные задачи по контролю качества и безопасности медицинской помощи на данном этапе в целом соответствуют таковым на II этапе. Помимо этого врачебная комиссия (подкомиссия) выполняет ещё ряд функций и задач, которые определяют её главенствующую и координирующую роль в медицинской организации в сфере обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а именно:

• анализирует работу по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации в целом;

• в пределах своей компетенции решает все экспертные вопросы в области качества и безопасности медицинской деятельности;

• определяет соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам медицинской помощи и порядкам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), другим нормативным документам в сфере здравоохранения, устанавливающим требования к качеству и безопасности медицинской помощи;

• оценивает качество, обоснованность и эффективность лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

• рассматривает и принимает решения по всем наиболее сложным и конфликтным случаям оказания медицинской помощи;

• принимает решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;

• обеспечивает планирование и координацию работы по повышению качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации;

• обеспечивает взаимодействие и преемственность по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности с органами управления здравоохранения, страховыми медицинским организациями, пациентами и общественными организациями пациентов, надзорными органами в сфере здравоохранения.

Деятельность врачебной комиссии (подкомиссии) медицинской

организации регулируется **отдельным положением.**

Формы контроля качества:

1) текущий контроль качества осуществляется преимущественно на первом уровне, направлен на выявление отклонений в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) и принятие необходимых мер по их устранению;

2) заключительный контроль качества осуществляется преимущественно на втором и третьем уровнях по результатам законченных случаев оказания медицинской помощи, направлен на предупреждение и пресечение дефектов оказания медицинской помощи;

3) ретроспективный контроль качества осуществляется преимущественно на втором и третьем уровнях, направлен на совершенствование организации и оказания медицинской помощи.

Объёмы проведения контроля качества

Устанавливаются следующие обязательные объемы проведения контроля качества:

• для заведующих структурными подразделениями, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и вне медицинской организации, – ежемесячно не менее 0,5 % от числа законченных случаев оказания медицинской помощи;

• для заведующих структурными подразделениями, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара и в стационарных условиях, – ежемесячно 50 % от числа законченных случаев оказания медицинской помощи;

• для заместителей руководителя медицинской организации (по медицинской части, лечебной работе, а также должностей с иными наименованиями) – ежемесячно не менее 10 % законченных случаев оказания медицинской помощи (в том числе случаев контроля качества первого уровня).

Контроль качества медицинской помощи не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.

Контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи, оказанной в медицинской организации, независимо от источника финансирования оказанной медицинской по-

мощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, медицинской карте стационарного больного, карте вызова скорой медицинской помощи, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

3. Учёт и отчётность при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

3.1. Результаты контроля качества на первом уровне фиксируются в «Карте экспертной оценки качества медицинской помощи» (приложение 1). В результате их статистической обработки рассчитываются показатели качества (коэффициенты качества), характеризующие качество и эффективность медицинской помощи.

3.2. Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи на втором уровне фиксируются в «Карте экспертной оценки качества медицинской помощи» (приложение 1). Учет результатов проведенного контроля качества медицинской помощи фиксируется в журнале контроля качества медицинской помощи» (приложение 2, 3), которые ведутся ответственным лицом за проведение контроля на 2 уровня.

3.3. Учет результатов проведенного контроля качества медицинской помощи осуществляется в ГБ № 2 СМП г. Северодвинска в форме ежемесячных отчетов и анализа качества медицинской помощи в целом по итогам прошедшего года.

3.4. Учет результатов контроля качества медицинской помощи может быть представлен в электронном виде с соблюдением установленной формы журнала контроля качества медицинской помощи, с последующей ежемесячной распечаткой и подписью ответственного лица за проведение контроля.

3.5. По результатам экспертизы случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля кратко формулируют

в журналах контроля качества медицинской помощи дефекты, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, определяют коэффициент качества, выносят итоговое заключение о качестве медицинской помощи на основании коэффициентов качества:

• качественно оказанная медицинская помощь (КМП >0,8);

• качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти (0,55–0,8);

• некачественно оказанная медицинская помощь (КМП < 0,5).

3.6. Информация, полученная в результате оценки качества медицинской помощи, доводится до сведения руководителя ГБ № 2 СМП г. Северодвинска и является предметом обсуждения среди сотрудников.

3.7. Ответственными лицами за проведение контроля по результатам контроля качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до руководителя ГБ № 2 СМП г. Северодвинска.

3.8. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся в медицинской организации 3 года.

3.9. В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки и анализа (например, в случаях летальных исходов, ятрогенных осложнений, жалоб пациентов и других), результаты проведенного контроля качества медицинской помощи оформляются отдельным Актом, с регистрацией в журнале контроля качества медицинской помощи.

3.10. Анализ проведенного контроля качества медицинской помощи должен содержать следующие сведения:

1) отчетный период;

2) объемы проведенного контроля качества медицинской помощи:

• количество пролеченных больных;

• количество проведенных экспертиз;

3) результаты проведенного контроля качества медицинской помощи с подсчетом общего коэффициента качества по ГБ № 2 СМП г. Северодвинска и в разрезе проверенных отделений (подразделений), при необходимости – каждого отдельно взятого врача-специалиста, по итогам экспертизы законченных случаев лечения его пациентов за отчетный период времени:

• количество случаев качественно оказанной медицинской помощи (коэффициент качества 1,0–0,8);

• количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи (коэффициент качества 0,7–0,6);

• количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (коэффициент качества 0,5–0);

• структура дефектов медицинской помощи по их видам: дефекты диагностических мероприятий; дефекты оформления диагноза; дефекты лечебно-профилактических мероприятий; дефекты преемственности этапов, дефекты оформления медицинской документации;

4) краткие сведения о мерах, принятых ответственным лицом за проведение контроля по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи;

5) предложения по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи для руководителя ГБ № 2 СМП г. Северодвинска;

6) Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение контроля.

3.11. Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества медицинской помощи по организации здравоохранения в целом (или в разрезе подразделений) доводятся до сведения медицинских работников и руководителя ГБ № 2 СМП г. Северодвинска ежемесячно.

3.12. Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в медицинской организации не менее 3 лет.

3.13. По результатам проведенного Внутреннего контроля медицинской помощи в Организации планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и

эффективности оказываемой медицинской помощи:

• **организационные мероприятия** – проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;

• **образовательные мероприятия** – проведение клинических разборов, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;

• **дисциплинарные мероприятия** – применение дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

• **экономические мероприятия** – применение материальных взысканий;

• мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации Организации;

• мероприятия по совершенствованию укомплектованности Организации медицинскими работниками.

3.14. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается заместителем главного врача по медицинской части.

Приложение 1
к приказу главного врача
ГБУЗ АО « Северодвинская
городская больница № 2 СМП»
от « » 2014 г. №

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи

История болезни № _____ Отделение _____

Дата поступления _____Дата выписки _____ к/дней_____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____ Возраст _____ Лечащий врач_____

Клинический диагноз _____

Осложнение_____

Сопутствующий диагноз_____

№	Показатели	балл	Зав.отд. 1 ур.	Эксперт 2 ур.
А.	**Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)**	**3**		
	1. Объем и качество обследования (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данных консультаций специалистов, осмотр зав. отделением)			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное, что не отразилось на исходе заболевания	0,5		
	Неполное, несвоевременное, повлекшее за собой ухудшение состояние больного	0		

	2. Объем лабораторных обследований в соответствии со стандартами			
	Полное	1		
	Неполное, в т.ч. не выполнены контрольные анализы при выписке при имеющихся изменениях, избыточное	0,5		
	Нет интерпретации лабораторных данных лечащим врачом	0		
	3. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное	0,5		
	Не выполнено	0		
Б.	**Оценка полноты диагноза (ОПД)**			
	1. Диагноз поставлен в соответствии с правилами классификации (фаза, стадия процесса, локализация, нарушение функции, сопутствующие заболеванию осложнения)	**2**		
	Правильно	1		
	Не полностью сформулирован, нарушена структура диагноза, не отмечены сопутствующие заболевания	0,5		
	Не соответствует клинике, расхождение с патолого-анатомическим диагнозом	0		
	2. Обоснование диагноза			
	Обоснование полное, с данными клиники и исследований	**1**		
	Частично обоснован, нет плана ведения, нет этапных эпикризов, неинформативные записи, нет осмотра зав. отделением	0,5		

	Не обоснован	0		
В.	**Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)**			
	1. Адекватность лечения по диагнозу	**4**		
	Адекватное, своевременное	2		
	Неполное, избыточное (полипрогмазия), несвоевременно начато, необоснованное назначение препаратов	0,5		
	Не проведено лечение соп. заболеваний в стадии обострения, не соответствует стандартам	0		
	2. Сроки лечения			
	Адекватные	1		
	Необоснованно длительное лечение, (длит. предоперационный период), более 25 % от стандарта	0,5		
	Ранняя необоснованная выписка	0		
	3. Цель госпитализации, эффективность лечения	1		
	Достигнута (выздоровление, компенсация хронического процесса)	1		
	Частично достигнута	0,5		
	Не достигнута, не обоснованное пребывание в больнице	0		
Г.	**Преемственность этапов (ПЭ)**	**0,5**		
	Соблюдена	0,5		
	Частично соблюдена	0,25		
	Не соблюдена	0		
Д.	**Оформление документации**	**0,5**		
	Соответствует принятым нормам	0,5		
	Небрежное оформление, неточность и разночтения в истории болезни, не принятые сокращения	0,25		

	Невозможность прочтения, утеряны анализы, не записаны заключения проведенных исследований и консультации специалистов	0		
	Сумма баллов (мах 10)	**10**		

Коэффициент качества медицинской помощи равен сумме баллов, делённое на 10:

Коэффициент качества Кк = (ОДМ+ОПД+ОЛПМ+ПЭ+ОД):10

Пример: Кк = (3 + 2 + 4 + 0,5 + 0,5) : 10 = 1,0

По количеству проведенных экспертиз в структурном подразделении учреждения вычисляется общий коэффициент качества по отделению за определенный промежуток времени, например за 1 месяц:

Кк = (Кк1 + Кк2 + Кк3 + …): n,

где n – это число проведенных экспертиз.

По аналогичному принципу рассчитывается коэффициент качества для каждого отдельно взятого лечащего врача, подвергнув экспертизе законченные случаи лечения его пациентов за определенный промежуток времени.

Коэффициенты качества для руководителя медицинской организации могут быть рычагом материального стимулирования труда. Например, при получении коэффициента качества за 1 месяц по конкретному отделению менее 0,7 баллов, надбавка к заработной плате работников уменьшается на 25 % и т.д.

Проводя анализ полученных коэффициентов качества по структурным подразделениям учреждения здравоохранения за год, руководителю можно выделить лидирующие отделения и проблемные.

Приложение 2

к приказу главного врача
ГБУЗ АО « Северодвинская
городская больница № 2 СМП»
от « » 2014 г. №

ЖУРНАЛ
контроля качества медицинской помощи

№ п/п	Проверяемый период (месяц, квартал, год)	Отделение, либо Ф.И.О. врачей с числом пролеченных больных	Количество проведенных экспертиз		Количество медицинских карт с выявленными дефектами медицинской помощи (абс. и %)										Итоговая оценка качества медицинской помощи с коэффициентом качества
					Диагностических мероприятий		Полноты диагноза		Лечебно-профилактических мероприятий		Преемственности этапов		Оформления медицинской документации		
1	2	3	4		5		6		7		8		9		10
пример	январь	Терапия 20	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
			10	**50**	5	**50**	2	**20**	5	**50**	0	**0**	5	**50**	**0,7 - ДМП**

Приложение 3

к приказу главного врача
ГБУЗ АО « Северодвинская
городская больница № 2 СМП»
от « » 2014 г. №

ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЕДЕНИЮ ЖУРНАЛА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. В 1 графе журнала указывается порядковый номер экспертизы. Нумерация обнуляется с начала каждого календарного года.

2. Во 2 графе указывается отчетный период (месяц, квартал, год).

3. В 3 графе указывается проверяемое отделение, если оценивается работа отделения в целом, либо Ф.И.О. лечащих врачей, медицинские карты которых были взяты на экспертизу, если проводится оценка качества работы отдельных врачей.

4. В 4 графе указывается количество проведенных экспертиз, процент выполнения ответственными лицами обязанностей по внутреннему контролю качества медицинской помощи.

5. В графах с 5 по 9 указывается количество выявленных при проведении проверки дефектов медицинской помощи в абсолютных цифрах и в % отношении от числа проведенных экспертиз:

в 5 графе – дефекты, допущенные при проведении диагностических мероприятий,

в 6 графе – дефекты, допущенные при постановке и формулировке диагноза,

в 7 графе – дефекты, допущенные при проведении лечебно-профилактических мероприятий,

в 8 графе – дефекты преемственности этапов оказания медицинской помощи,

в 9 графе - дефекты, допущенные при оформлении медицинской документации.

В случае отсутствия дефектов медицинской помощи в соответствующей графе ставится прочерк.

6. В 10 графе дается итоговая оценка качества медицинской помо-

щи с коэффициентом качества общего по отделению либо установленного для лечащего врача за отчетный период, с учетом дефектов, зафиксированных в предыдущих графах:

• качественно оказанная медицинская помощь (аббревиатура – «КМП») с коэффициентом качества 1,0–0,8;

• качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти (аббревиатура – «ДМП») с коэффициентом качества 0,7–0,6;

• некачественно оказанная медицинская помощь (аббревиатура – «НКМП») с коэффициентом качества 0,5–0.

7. При заполнении журнала контроля качества медицинской помощи допускается использование общепринятых сокращений и аббревиатур.

Приложение 4
к приказу главного врача
ГБУЗ АО « Северодвинская
городская больница № 2 СМП»
от « » 2014 г. №

Карта контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий

Структурное подразделение_____
Зав. структурным подразделением_____

	Баллы	Коэффициент качества
1. Соблюдение требований охраны труда:		
1.1. Соответствует	1	
1.2. Соответствует не в полном объеме	0,5	
1.3. Не соответствует	0	
2. Соблюдение требований по безопасному' применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации:		
2.1. Соответствует	1	
2.2. Соответствует не в полном объеме	0,5	
2.3. Не соответствует	0	
3. Обучение работников безопасным методам","и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий:		
3.1. Проведено в соответствии с графиком обучения	1	
3.2. Проводится, но график обучения не соблюдается	0,5	
3.3. Обучение не проводится, график обучения отсутствует	0	
4. Состояние помещений, в которых хранятся лекарственные препараты, медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация):		

4.1. Соответствует нормативным требованиям	1	
4.2. Соответствует нормативным требованиям не в полном объеме	0,5	
4.3. Не соответствует нормативным требованиям	0	
5. Соблюдение требований по безопасности использования медицинских изделий, предусмотренных документацией производителя:		
5.1. Соответствует требованиям	1	
5.2. Соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
5.3. Не соответствует требованиям	0	
6. Соблюдение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией-производителя:		
6.1. Соответствует требованиям	1	
6.2. Соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
6.3. Не соответствует требованиям	0	
7. Выполнение правил в сфере обращения медицинских изделий:		
7.1. Соответствует требованиям	1	
7.2. Соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
7.3. Не соответствует требованиям	0	
8. Информирование о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий:		

8.1. Информирование своевременно, в полном объеме	1	
8.2.. Информирование своевременно, не в полном объеме	0,5	
8.3. Информирование отсутствует	0	
ИТОГО	средний балл	средний балл
Коэффициент качества		
Хорошо	1-0,8	
Удовлетворительно	0,7–0,6	
неудовлетворительно	0,5–0	

Внутренний контроль безопасности медицинской деятельности проводится ответственным работником медицинской организации, назначенным приказом главного врача медицинской организации.

Внутренний контроль безопасности
медицинской деятельности проводил:

_____ _____
_____

Должность подпись, дата Ф.И.О.

С результатами внутреннего контроля
безопасности медицинской деятельности ознакомлен:

_____ _____ _____

Должность подпись, да Ф.И.О.

Приложение 2

Примерное Положение о службе качества медицинской помощи в медицинской организации

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано в соответствии с «Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской помощи в медицинской организации».

Положение определяет структуру, задачи и функции службы качества медицинской помощи (далее – КМП) в медицинской организации.

1.3. Служба КМП – это структурное или функциональное подразделение учреждения, предназначением которого является организация и осуществление планомерных работ по непрерывному улучшению КМП в медицинской организации.

1.4. Службу КМП в медицинской организации возглавляет лицо назначенное руководителем медицинской организации. Начальник службы КМП и ее персональный состав утверждаются приказом руководителя медицинской организации.

1.5. Персонал службы КМП в части выполнения функций, установленных настоящим Положением, находится в подчинении начальника службы КМП.

1.6. Персонал службы КМП осуществляет деятельность по экспертизе и управлению КМП в соответствии с положением о порядке организации и проведении экспертизы КМП в медицинской организации, положением об эксперте КМП, положением об организаторе экспертизы КМП, положением об отделе КМП, настоящим положением, должностными инструкциями, методическими и инструктивными документами по экспертизе и управлению КМП.

2. Структура службы качества медицинской помощи

В состав службы КМП медицинской организации входят:

– отдел КМП;

– заместитель руководителя медицинского учреждения по медицинской части;

– заместитель руководителя медицинского учреждения по экспертизе временной нетрудоспособности и качества лечения;

– руководители структурных подразделений;

– председатели и/или заместители председателей врачебной комиссии, комиссии по исследованию летальных исходов (далее — КИЛИ);

– врачи, включенные в регистр экспертов КМП медицинской организации.

3. Основные задачи службы качества медицинской помощи в медицинской организации

Основными задачами службы КМП являются:

– Организация и осуществление планомерной деятельности по сбору и обобщению информации о КМП в медицинском учреждении.

– Организация и осуществление деятельности по подготовке рекомендаций, проектов управленческих решений по улучшению КМП.

– Формирование системы информационного обмена и взаимодействия по вопросам КМП в пределах и за пределами медицинского учреждения.

– Ведение учета и формирование отчетности о деятельности медицинского учреждения по непрерывному улучшению КМП.

– Функции службы качества медицинской помощи в медицинской организации.

Функциями службы КМП в медицинской организации являются:

– Внедрение в медицинской организации единой технологии экспертизы и управления КМП в соответствии с Положением о порядке организации и проведения экспертизы КМП в медицинском учреждении.

– Организация обучения врачей и руководителей медицинской организации по вопросам экспертизы и управления КМП. Формирование Регистра экспертов КМП медицинской организации.

– Разработка локальных нормативных актов, регламентов, инструктивно-методических документов, регулирующих деятельность по экспертизе и управлению КМП в медицинской организации.

– Организация и проведение экспертизы КМП в отдельных слу-

чаях оказания медицинской помощи (целевой) и тематических экспертиз КМП в совокупности случаев.

– Подготовка аналитических отчетов и экспертных заключений по результатам экспертизы КМП.

– Подготовка рекомендаций, проектов управленческих решений по улучшению КМП.

– Представление результатов экспертизы КМП на заседаниях врачебной комиссии, КИЛИ (далее – Комиссии).

– Информирование врачей медицинской организации о состоянии КМП и мерах, принимаемых для его улучшения.

– Анализ и обобщение информации о состоянии КМП в структурных подразделениях медицинской организации, по разным профилям заболеваний, формирование банка данных о состоянии КМП.

– Подготовка предложений по экономическому стимулированию отдельных врачей и структурных подразделений медицинской организации в зависимости от показателей деятельности по обеспечению КМП.

– Организация и проведение промежуточного (оперативного) контроля КМП для оценки эффективности управленческих решений по его улучшению с использованием временных индикаторов КМП.

– Анализ и обобщение результатов вневедомственной экспертизы КМП, проводимой страховыми медицинскими организациями (далее – СМО), организация совещаний, конференций по результатам проведения экспертизы КМП и реализации управленческих решений по улучшению КМП.

– Подготовка отчетных данных о деятельности подразделений медицинского учреждения по экспертизе и управлению КМП, регулярное предоставление отчетности руководителю медицинского учреждения.

Взаимодействие по вопросам КМП с органами управления здравоохранением ТФ ОМС, СМО, профессиональными медицинскими ассоциациями.

5. Порядок организации работы службы качества медицинской помощи

5.1. Начальник службы КМП обеспечивает планирование, организацию, координацию, регулирует контроль, учет деятельности

службы КМП в рамках выполнения ее задач и функций в соответствии с утвержденным планом создания и развития службы КМП в медицинской организации, на основании должностных инструкций.

5.2. Отдел КМП обеспечивает организацию целевых и тематических экспертиз КМП; подготовку рекомендаций, проектов управленческих решений по улучшению КМП, участвует в информационном обмене по вопросам КМП в пределах и за пределам медицинской организации; обеспечивает учет деятельности подразделений медицинской организации по экспертизе и управлению КМП, учет деятельности врачей по экспертизе КМП, формирование отчетности.

5.3. Подготовленные службой КМП аналитические отчеты, экспертные заключения по результатам экспертизы КМП передаются руководителям структурных подразделений председателям Комиссий.

5.4. Подготовленные службой КМП проекты управленческих решений представляются для утверждения руководителю медицинского учреждения.

5.5. Председатели Комиссий, включенные в состав службы КМП, обеспечивают участие Комиссий в решении задач службы КМП, использование результатов экспертизы КМП для принятия решений в пределах компетенции.

5.6. Руководители и врачи структурных подразделений, включенные в регистр экспертов КМП медицинского учреждения, проводят экспертизу КМП по основной клинической специальности по заданию, оформленному начальником отдела КМП, в установленном порядке.

6. Права службы качества медицинской помощи медицинском учреждении

Для выполнения установленных функций, служба КМП медицинского учреждения имеет следующие права:

– Представлять на утверждение руководителю медицинского учреждения: проекты правовых актов и инструктивных документов, регулирующих порядок проведения и использования результатов экспертизы КМП в медицинском учреждении; проекты правовых актов и инструктивных документов, регулирующих порядок организации и условия оказания медицинской помощи, планы, проекты управленческих решений по улучшению КМП в медицинском учреждении; предложения по корректировке управленческих решений

по улучшению КМП на основе результатов оперативного контроля с использованием временных индикаторов КМП; проекты решений по мерам, направленным на восстановление нарушенных прав застрахованных граждан в связи с ненадлежащим КМП;

– предложения по совершенствованию работы службы КМП в медицинском учреждении; предложения по экономическому стимулированию врачей, структурных подразделений медицинской организации по результатам экспертизы КМП; предложения по экономическому стимулированию врачей, обеспечивающих проведение экспертизы КМП.

– Запрашивать и получать от структурных подразделений медицинской организации необходимую информацию о кадровом составе, о материально-техническом обеспечении работы подразделений, статистические показатели деятельности для планирования и организации экспертиз КМП.

– Иметь доступ к базе персональных данных пациентов медицинского учреждения.

– Инициировать проведение экспертизы КМП по отдельным случаям тематических экспертиз КМП, метаэкспертизы КМП, привлекать к их проведению врачей, включенных в Регистр экспертов КМП медицинской организации, ходатайствовать о привлечении врачей, включенных в Единый регистр экспертов КМП Архангельской области, независимых экспертных организаций.

– Проводить совещания, конференции по вопросам КМП в медицинской организации.

7. Ответственность

Начальник службы КМП несет ответственность за:

– Качественное и своевременное выполнение задач и функций, предусмотренных настоящим положением.

– Объективность и достоверность предоставляемой информации о КМП.

– Обоснованность представляемых проектов управленческих решений, рекомендаций, предложений по улучшению КМП.

– Составление и своевременность предоставления установленной отчетности. Сохранность врачебной, служебной и иной охраняемой законом тайны.

Приложение 3

АНКЕТА
ОЦЕНКИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Исследование удовлетворенности населения медицинской помощью проводится министерством здравоохранения Архангельской области совместно с Северным государственным медицинским университетом и рядом общественных организаций области. **МЫ ГАРАНТИРУЕМ АНОНИМНОСТЬ ВАШИХ ОТВЕТОВ.** Они помогут нам оценить и улучшить нашу работу таким образом, чтобы она соответствовала Вашим нуждам. Результаты опросов будут доступны для ознакомления по завершении исследования.

УКАЖИТЕ НИЖЕ СВЕДЕНИЯ О СЕБЕ:		
Как часто Вам приходится посещать медицинские учреждения? □ 1-3 посещения в год; □ 4-6 посещений в год; □ 7 и более посещений в год.		
Каков ежемесячный средний уровень дохода на одного члена Вашей семьи? _____руб./мес.		
Сколько ежемесячно Вы тратите на покупку лекарств (для себя)? _____ руб./мес.		
Сколько средств Вы тратите на оплату медицинских услуг (в том числе стоматологических) В ТЕЧЕНИЕ ГОДА (для себя)? _____ руб./год		
Ваш пол:	□ мужской	□ женский
Ваш возраст (количество полных лет):_____ лет		
Укажите Ваше образование	□ среднее общее □ среднее специальное □ высшее	
Ваш род занятий	□ рабочий □ служащий □ предприниматель □ пенсионер	□ учащийся □ безработный □ домохозяйка □ другое (укажите, что именно):

Укажите ваш семейный статус
□ женат / замужем (в т.ч. гражданский брак)
□ холост / не замужем □ вдовец / вдова

Как Вы оцениваете
состояние Вашего здоровья
□ хорошее □ удовлетворительное □ плохое □ очень плохое

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Заполняйте этот блок только в том случае, если вы обращались в поликлинику (фельдшерско-акушерский пункт, амбулаторию, офис врача общей практики) в течение последних 12 месяцев. Если вы не обращались в за помощью в этот период, то данный блок заполнять не требуется. Если вы лечились в нескольких поликлиниках, расскажите о своём последнем обращении.

Вас устраивает график работы поликлиники? □ да □ нет

Насколько легко Вам удалось записаться на прием к врачу указанными способами?

ПО ТЕЛЕФОНУ:	**ПО ИНТЕРНЕТУ:**	**ЧЕРЕЗ РЕГИСТРАТУРУ:**
□ очень легко	□ очень легко	□ очень легко
□ легко	□ легко	□ легко
□ сложно	□ сложно	□ сложно
□ очень сложно	□ очень сложно	□ очень сложно
□ не удалось записаться	□ не удалось записаться	□ не удалось записаться
□ не пользовался	□ не пользовался	□ не пользовался

Как долго Вы ожидали прием у врача участкового терапевта?
□ до 10 минут □ 20 – 30 минут □ 45 – 60 минут
□ 10 – 20 минут □ 30 – 45 минут □ более 1 часа

Как долго Вы ожидали проведение назначенных лечащим врачом:

консультаций специалистов? □ до 2 недель; □ до месяца; □ более месяца

лабораторных исследований? □ до 2 недель; □ до месяца; □ более месяца

инструментальных исследований (УЗИ, ЭКГ)?
□ до 2 недель; □ до месяца; □ более месяца

Вы удовлетворены **условиями ожидания приема** (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?
□ да □ нет

Врач предоставил Вам **информацию** о Вашем заболевании, о мерах по профилактике и предупреждению обострений заболевания **на приеме в поликлинике?**
• да • нет

Врач предоставил Вам **помощь и информацию** о Вашем заболевании, о мерах по профилактике и предупреждению обострений заболевания **во время вызова на дом?**
• да • нет

Вам приходилось **обращаться в другие медицинские учреждения** по причине отсутствия врачей-специалистов или необходимого медицинского оборудования?
• да • нет

9.
Вам приходилось **оплачивать лекарства,** назначенные лечащим врачом поликлиники?
• да • нет

Вам приходилось **оплачивать медицинские услуги** лично медицинскому персоналу **(без оформления документов об оплате)?**
• да • нет

Вы удовлетворены **РЕЗУЛЬТАТОМ** оказания медицинской помощи в поликлинике?
□ да, полностью □ больше да, чем нет □ больше нет, чем да □ нет

Вы удовлетворены **ПРОЦЕССОМ** оказания медицинской помощи в поликлинике?
□ да, полностью □ больше да, чем нет □ больше нет, чем да □ нет

Вам приходилось сталкиваться с недоброжелательным отношением работников поликлиники?

администрации	□ да	□ нет
врачей	□ да	□ нет
среднего медицинского персонала (медицинские сестры)	□ да	□ нет
регистратуры	□ да	□ нет
младшего медицинского персонала (санитары)	□ да	□ нет

Укажите **название поликлиники** (ФАП, амбулатории), в которой Вы лечитесь (укажите название больницы, подразделением которой являются ФАП или амбулатория): _____
_____
_____

СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

*Заполняйте этот блок только в том случае, если вы находились **в стационаре в течение последних 12 месяцев.** Если вы не обращались за помощью в этот период, то данный блок заполнять не требуется. Если вы лечились в нескольких стационарах, расскажите о своём последнем обращении.*

Вы удовлетворены оказанием медицинской помощи в стационаре?

питанием?	□ да	□ нет
лечением?	□ да	□ нет
проведением диагностических исследований?	□ да	□ нет
условиями пребывания?	□ да	□ нет

Если Вам во время пребывания в медицинской организации проводились процедуры, требующие **обезболивания,** то оцените действия врачей и медицинских сестер при их выполнении?

□ отлично □ хорошо □ удовлетворительно □ плохо

Если Вам во время пребывания в медицинской организации требовалась помощь медсестер или другого персонала больницы по **уходу,** то оцените действия врачей и медицинских сестер при их выполнении?

□ отлично □ хорошо □ удовлетворительно □ плохо

Ваш лечащий врач предоставил Вам **информацию** о Вашем заболевании, о мерах по профилактике и предупреждению обострений заболевания **в стационаре?**

□ да □ нет

Вам приходилось **самостоятельно покупать лекарства во время лечения в стационаре?**

□ да □ нет

Вам приходилось **оплачивать медицинские услуги** (лабораторные, инструментальные исследования) лично медицинскому персоналу **(без оформления документов об оплате)** во время пребывания в стационаре?

□ да □ нет

Вам приходилось благодарить (деньгами, подарками и т.п.) врачей?
□ да □ нет
если да, то кто был инициатором благодарения?
□ я сам(а) □ врач □ персонал

Вы удовлетворены **РЕЗУЛЬТАТОМ** оказания медицинской помощи в стационаре?
□ да, полностью □ больше да, чем нет □ больше нет, чем да □ нет

Вы удовлетворены **ПРОЦЕССОМ** оказания медицинской помощи в стационаре?
□ да, полностью □ больше да, чем нет □ больше нет, чем да □ нет

Вам приходилось сталкиваться с недоброжелательным отношением работников стационара?

администрации	□ да	□ нет
врачей	□ да	□ нет
среднего медицинского персонала (медицинские сестры).	□ да	□ нет
младшего медицинского персонала (санитары)	□ да	□ нет

Укажите **название стационара,** в котором Вы лечились (в течение последних 12 месяцев):_____
_____
_____

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Если вы не получали скорой помощи, этот блок заполнять не требуется. Если вы вызывали скорую несколько раз, расскажите о последнем случае.

Вы были госпитализированы после вызова «скорой помощи»?
□ да □ нет

Вы удовлетворены работой службы «скорой помощи»?
□ да □ нет
в том числе:

вежливостью диспетчера	□ да	□ нет
скоростью прибытия бригады	□ да	□ нет
доброжелательностью / поведением медицинского персонала	□ да	□ нет
оказанной медицинской помощью	□ да	□ нет

Приложение 4

УТВЕРЖДЕН
распоряжением министерства
здравоохранения Архангельской области

ЭКСПЕРТНЫЙ ПРОТОКОЛ
оценки показателя уровня качества лечения (УКЛ)

ЛПУ_____,
Ф.И.О.(больного)_____, д.р. _____,
адрес_____№ ист. б-ни _____,
отделение_____, период лечения _____,
к-во к/дней_____, врач_____, Диагноз (основной)
_____

			Экспертиза качества медицинской помощи	
№ п/п	Критерии оценки	Оценочный коэффициент	Оценка эксперта	Замечания эксперта, которые послужили основанием для снижения оценки
	1.Шкала блока оценки диагноза (ОД)			
	Основной и сопутствующий диагнозы:			
1.	установлены в соответствии с общепринятыми классификациями	**1,0**		
2.	не указан один из элементов диагноза или не вынесены диагнозы сопутствующих заболеваний	**- 0,25**		
3.	не отражают основные положения общепринятых классификаций	**- 0,5**		
4.	несоответствие диагноза клинико-диагностическим данным	**- 1,0**		
	Итого по блоку:			

	II. Шкала блока оценки диагностических мероприятий (ОДМ)*			
	Диагностические исследования:			
1.	проведены согласно стандарту без дублирования предыдущих этапов	**1,0**		
2.	имело место необоснованное дублирование предыдущих этапов	**- 0,25**		
3.	лабораторные и инструментальные исследования проведены не в полном объеме	**-0,5**		
4.	проведены непоказанные диагностические мероприятия, не в соответствии со стандартом	**- 0,25**		
5.	не выполнены	**- 1,0**		
	Итого по блоку:			
	III. Шкала блока оценки адекватности методов лечения и лекарственной терапии (ОМЛ)*			
	Лечение проведено:			
1.	согласно стандарту	**1,0**		
2.	адекватно, но имела место полипрагмазия	**- 0,25**		
3.	использовались методы лечения и лекарственные препараты вне стандарта и не включенные в формулярный список без решения КЭК	**- 0,25**		
4.	не в полном объеме	**- 0,5**		
5.	не соответствовало диагнозу или не проводились	**- 1,0**		
	Итого по блоку:			
	IV. Шкала блока оценки листа назначений (ОЛН)			
	Оформлении листа назначений:			
1.	без замечаний	**1,0**		

2.	Отсутствует в листе назначений:			
	- наименование препарата на латинском языке	**- 0,2**		
	- дозы	**- 0,2**		
	- кратности	**- 0,2**		
	- пути введения	**- 0,2**		
	- даты отмены препаратов (для стац.)	**-0,2**		
	Итого по блоку:			
	V. Шкала блока оценки оперативного вмешательства (ООВ)			
	Тактика определена:			
1.	правильно, операция выполнена своевременно и адекватно	**1,0**		
2.	несвоевременно; оперативное вмешательство выполнено с опозданием (для острых заболеваний) или в ходе операции допущены отдельные погрешности, не повлекшие увеличение сроков (удорожания) лечения	**- 0,25**		
3	несвоевременно, не выполнено оперативное вмешательство, оперативное вмешательство выполнено с опозданием (для острых заболеваний) или в ходе операции допущены погрешности, повлекшие осложнения, увеличение сроков (удорожания) лечения, перевод в другие ЛПУ для долечивания	**- 0,75**		
4.	несвоевременно, допущены грубые нарушения хирургической тактики, повлекшие инвалидизацию больного или летальный исход	**- 1,0**		
	Итого по блоку:			

	VI. Шкала блока оценки послеоперационного лечения (ОПЛ)			
1.	Послеоперационный период протекал без осложнений	**1,0**		
	Имели место дефекты послеоперационного периода:			
2.	не повлекшие за собой увеличение сроков лечения и не потребовавшие повторной операции	**- 0,25**		
3.	повлекшие за собой увеличение сроков лечения, повторную операцию, перевод в специализированное ЛПУ	**- 0,75**		
4	приведшие к инвалидизации больного или летальному исходу	**- 1,0**		
	Итого по блоку:			
	VII. Шкала блока оценки конечного результата (ОКР)			
1.	Исходы: выздоровление, улучшение, без перемен, др. исходы при адекватном лечении	**1,0**		
2.	**Вследствие неадекватного лечения пациент выписан:**			
	- без перемен	**- 0,25**		
	- с ухудшением	**- 0,75**		
	- наступила смерть	**- 1,0**		
	Итого по блоку:			
	VIII. Шкала оценки блока качества оформления первичной медицинской документации:			
1.	медицинская документация оформлена без замечаний	**1,0**		
2.	не соответствует требованиям заполнения медицинской документации*	**от – 1– до – 0,25**		
3.	кратность и качество оформления записей осмотров заведующего отделением не соблюдена	**- 0,25**		

4.	некачественное динамическое наблюдение или его отсутствие	**- 0,5**		
5.	записи в медицинской документации не подлежат прочтению	**- 1,0**		
	Итого по блоку:			
	IX. Шкала оценки блока экспертной работы (ОЭР):			
1.	без замечаний	**1,0**		
2.	необоснованная выдача (продление) листка нетрудоспособности	**- 1,0**		
3.	превышение или сокращение средних ориентировочных сроков на 30 и более % без оснований	**- 0,2**		
4.	несвоевременное направление на ВК	**- 0,2**		
5.	эпикризы на ВК неинформативны	**- 0,2**		
6.	несвоевременное направление на МСЭ	**- 0,2**		
7.	решение ВК без обоснования сроков временной нетрудоспособности	**- 0,2**		
	Итого по блоку:			
	УКЛ:			

***** данный блок (раздел) оценивается в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи (при их наличии) в случае типичного течения болезни и в соответствии с конкретной клинической ситуаций, при отсутствии федеральных стандартов медицинской помощи оценка осуществляется исходя из клинических протоколов, национальных рекомендаций, иных нормативных и методических документов, определяющих технологию лечебно-диагностического процесса, порядок организации медицинской помощи, с учетом особенностей течения заболевания каждого пациента и условий оказания медицинской помощи.

Примечание:

1. Оценка каждого блока при наличии замечаний производится путем вычитания оценочного коэффициента от единицы и поэтому перед оценочным коэффициентом дефектов стоит знак «-». При значении дефектов равном (- 1,0) все остальные дефекты в блоке не учитываются.

2. Уровень качества лечения (УКЛ) определяется как среднее арифметическое: сумма полученных баллов / на число оцениваемых блоков.

УКЛ оценивается по следующей шкале: 1,0 – 0,91 – отлично; 0,9 – 0,75 – хорошо; 0,74–0,61 – удовлетворительно; 0,6 и меньше – неудовлетворительно.

3. Лечебное учреждение вправе увеличить количество оценочных блоков или расширить градацию внутри оценочного блока исходя из специфики учреждения и особенностей лечебно-диагностического процесса.

ФОРМА
экспертного заключения по результатам целевой экспертизы качества медицинской помощи (при использовании УКЛ)

1. ЛПУ _____
2. Врач-эксперт _____
3. Период проведения экспертизы с_____по_____20____г.
4. ФИО пациента _____, д/р_____
5. Основание для проведения экспертизы: (нужное подчеркнуть) по обращению пациента; запрос от органов управления здравоохранением и пр., летальный исход, впервые выявленное онкологические заболевания в поздних стадиях; случай внутрибольничного осложнения и инфицирования, случаи первичного выхода на инвалидность, повторная госпитализация; длительная госпитализация, расхождения диагнозов, другое.
6. Вид медицинской помощи: (нужное подчеркнуть) амбулаторно-поликлиническая, стационарная, стационарозамещающая.
7. УКЛ _____.
8. В ходе экспертизы выявлено (при УКЛ менее 0,91):

имеет место нарушение правильности выполнения медицинской технологии _____
_____;

имеет место риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возможности возникновения нового патологического процесса_____;

имеет место неоптимальное использование ресурсов здравоохранения _____
_____;

имеет место неудовлетворенность потребителей медицинской помощью (данный раздел заполняется при проведении экспертизы по жалобам)

_____
_____.

9. Выводы по результатам целевой экспертизы

Врач-эксперт

«_____»_____200__г.

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением министерства
здравоохранения Архангельской области

ФОРМА
экспертного заключения по результатам тематической экспертизы качества медицинской помощи (при использовании УКЛ)

1. ЛПУ _____.

2. Врач-эксперт _____.

3. Период проведения экспертизы с _____ по _____ 20__ г.

4. Тематика экспертизы _____.

5. Вид медицинской помощи (нужное подчеркнуть) амбулаторно-поликлиническая, стационарная, стационарозамещающая.

6. Объем выборки _____.

7. УКЛ средний _____.

8. Выводы по результатам тематической экспертизы (врач-эксперт отвечает на поставленные врачом-организатором вопросы в соответствии с задачами экспертизы)_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Врач-эксперт
«____»_____200__г.

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением министерства
здравоохранения Архангельской области

ФОРМА ОТЧЁТА
по результатам экспертизы качества медицинской помощи

№	Виды экспертиз	Экспертиза качества медицинской помощи с использованием УКЛ		Экспертиза качества медицинской помощи с использованием АТЭ							
		общее кол-во	доля случаев с УКЛ менее 0,91	общее кол-во	доля случаев ненадл. кач-ва (%)	Доля случаев ненадл. качества по рангам (%)					
						I	II	III	IV	V	VI
	Проведено всего, из них:										
1.	Целевых, в т.ч.										
1.1	по обращению пациентов										
1.2	по запросу от органов управления здравоохранением и пр.										
1.3	летальные исходы										
1.4	впервые выявленные онкологические заболевания в поздних стадиях										

1.5	случаи внутрибольничных осложнений и инфицирования										
1.6	случаи первичного выхода на инвалидность										
1.7	повторная госпитализация										
1.8	длительная госпитализация										
1.9	расхождения диагнозов										
1.10	другие причины										
2.	Тематических всего, в т.ч. по следующим темам:										
2.1											

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением министерства
здравоохранения Архангельской области

ФОРМА
передачи сведений об управленческих решениях по улучшению качества медицинской помощи

№	Направленность мер, реализованных в целях улучшения КМП по результатам ЭКМП	Перечень мер
1.	Стандартизация медицинской помощи (инструкции протоколы, регламенты и др.)	
2.	Совершенствование материально-технической базы (реорганизация, оснащение и др.)	
3.	Совершенствование информационного обмена и взаимодействия подразделений медицинского учреждения (регламенты, правила др.)	
4.	Повышение квалификации врачей и руководителей (направление на обучение, обучение на рабочем месте, организация семинаров и пр.)	
5.	Предложения в органы управления здравоохранением, АОФОМС по совершенствованию порядка организации и оплаты медицинской помощи	
6.	Разработка временных индикаторов качества медицинской помощи, организация оперативного контроля	
7.	Решение кадровых вопросов	
8.	Внедрение механизмов стимулирования работы врачей и подразделений	
9.	Меры по отношению к конкретным пациентам (организация дополнительной медицинской помощи, возмещение ущерба и др.)	
10.	Другие меры	

Научное издание

Меньшикова Лариса Ивановна
Игнатова Ольга Анатольевна
Дьячкова Марина Геннадьевна
Мордовский Эдгар Артурович
Ясько Наталья Николаевна

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Монография

Редактор *Н.Н. Коноплева*
Компьютерная верстка *Я.С. Шестаковой*

Подписано в печать 25.02.2016.
Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать ризография.
Усл. печ. л. 13,2 Уч.-изд. л. 8,6.
Тираж 100 экз. Заказ № 1655

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru