



**Тема СРС: Методы
оценки
удовлетворенности
пациента качеством
предоставленных**

**Подготовила: Тургульдинова
Рамина**

207 группа, ОМФ

План

- Введение
- Основная часть
 - Проблема удовлетворенности населения медицинской помощью
 - Обоснованное недовольство пациента
 - *Качество медицинской помощи*
 - Факторы, влияющие на качество медицинских услуг
 - Стандарт качества медицинской помощи
 - Некачественные медицинские услуги
 - Проведение социологического исследования
- Заключение
- Литература

Введение

Качество жизни населения в целом и каждого человека в частности в первую очередь определяется состоянием здоровья, зависящим от очень многих факторов: наследственности, экологии внешней среды, образа жизни, материальных возможностей, объема и содержания доступной медицинской помощи. Без сомнения, достижению высокого жизненного уровня могут способствовать такие важные моменты, как информированность населения, наличие стройной системы санитарно-гигиенического воспитания и медико-социальной помощи.

Качество медицинской помощи - это совокупность её характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям и современному уровню доказательной медицинской науки и технологии. Качество медицинской помощи обеспечивается с одной стороны развитием первичной медицинско-санитарной службы, с другой - высокотехнологичными видами медицинской помощи. И тот и другой аспект требует квалифицированных медицинских кадров, принимающих клинические решения на основе научного подхода, эффективных менеджеров медицинских организаций, обеспечивающие экономическую и клиническую эффективность применяемых методов лечения.

Проблема удовлетворенности населения медицинской помощью.

Понятие "удовлетворение" — это состояние удовольствия, когда полученный результат либо совпадает с ожиданием, либо превосходит его.

Интерес к удовлетворенности медицинской помощью связан с определением качества медицинской помощи. Единой трактовки качества медицинской помощи нет. Во многом это понятие зависит от уровня экономического развития страны, культурных, научных и социальных составляющих, общего уровня образованности населения и прочего. В каждой стране имеются собственные требования к качеству медицинской помощи. Согласно предложению группы авторов из штаб-квартиры Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) качество систем здравоохранения определяется как уровень достижения системами здравоохранения существенных целей в улучшении здоровья и соответствия справедливым ожиданиям населения.

Вопрос качества медицинской помощи многогранен. Концепция ВОЗ предполагает три аспекта качества: качество структуры (оснащенность, обеспеченность), качество процесса (соблюдение технологий), качество результатов. Результаты оказания медицинской помощи могут быть охарактеризованы следующим образом: состояние здоровья населения, достижение определенных клинических результатов, удовлетворенность населения и медицинских работников уровнем оказания медицинской помощи, экономическая эффективность. Наибольшую трудность в оценке может вызвать именно удовлетворенность пациентов медицинской помощью. Это субъективный критерий, на который может влиять множество факторов.

С точки зрения психологии, желание получить медицинскую помощь, согласно гуманистической теории личности американского психолога А. Маслоу, относится к потребностям безопасности. Это одна из базовых потребностей, находящаяся в основании "пирамиды потребностей", она лишь на ступень выше, чем удовлетворение человеком физиологических потребностей (чем ближе к основанию пирамиды находится потребность, тем более актуально ее удовлетворение для человека). Важный аспект — уровень организации человека. Чем более высоко организован индивидуум, больше потребностей согласно иерархии удовлетворено, тем более высокие запросы он предъявляет как к себе, так и к окружению. Запросы трансформируются в ожидания. Соответствие между ожиданиями в отношении медицинской помощи и возможностями их реализовать — это ключ к удовлетворенности

Общество защищает себя, налагая на пациента ряд обязанностей: строгое следование предписанию врача, ограничение в еде (диеты), жизнедеятельности (режимы). В целом эти меры должны способствовать скорейшему выздоровлению пациента и стремлению избавиться от "роли больного" .

Таким образом, исполняя "роль больного" пациенты будут выстраивать ряд ожиданий в отношении своего окружения, куда войдут и медицинские работники.

Что может повлиять на ожидания пациента, из чего исходит пациент в оценках работы медицинского персонала? 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 .



Не всегда взаимодействие складывается на уровне **"больной" — "врач"**, так как до установления диагноза — это скорее взаимодействие **"пациент" — "врач"**. Контакт с медицинским работником оказывает большое влияние на удовлетворенность пациента медицинской помощью. Человек в белом халате имеет определенные права, касающиеся жизни и здоровья пациента, поэтому его действия — под особым вниманием. Эти права оборачиваются требованиями к врачу со стороны пациента и общества .



Роль врача характеризуют:

специальные
знания

навыки

бескорыстие

умение организовать
пациента и его окружение на
борьбу за здоровье

решительность

опыт

аккуратность

такт и терпение по отношению к своим пациентам

Вызывают обоснованное недовольство пациента отсутствие внимания со стороны медицинского персонала, грубость. В последнее время приходится говорить о стигме и дискриминации, которые ощущают пациенты из-за наличия у них заболеваний, ассоциирующихся у многих с асоциальным поведением. Пациенты чувствуют, что их ожидания не состоялись. Врач не отнесся с должным вниманием, не предупредил негативную реакцию со стороны младшего медицинского персонала и других пациентов, выступил в роли "общественного порицателя". Прослеживается обратная связь между удовлетворением медицинской помощью и претензиями к медицинскому персоналу: чем меньше упоминается о негативных проявлениях со стороны медицинского персонала, тем больше удовлетворенность. Ситуации, когда врачи помнят диагноз своих пациентов, хорошо ориентируются в их личностных особенностях, а те, напротив, не могут вспомнить фамилию, имя, отчество лечащего врача, вряд ли приведут к высокому уровню удовлетворенности медицинской помощью, так как нет налаженного взаимного контакта между врачом и пациентом.



Качество медицинской

помощи

Проблема оценки качества медицинских услуг по мере развития медицинских технологий и изменения характера заболеваний все время усложняется. Исследовательская группа ВОЗ предлагала рассматривать этот вопрос системно, выделив три основных компонента качества медицинской помощи:

- Адекватность как показатель соответствия фактически оказанной технологии обслуживания потребностям и ожиданиям населения, относящимся к медицинским проблемам (адекватность может быть оценена конечной пользой от применения конкретной процедуры с точки зрения ее влияния на качество последующей жизни);
- Экономичность как показатель эффективности использованных средств (часто определяют соотношением затрат к достигнутым результатам);
- Научно-технический уровень - современность применяемых методов лечения, диагностики, профилактики как показатель оценки полноты учета современных достижений в области медицинских знаний и технологий.

При формировании принципов обеспечения качества медицинской помощи необходимо учитывать четыре ее элемента:

- **квалификацию специалиста;**
- **оптимальность использования ресурсов;**
- **риск для пациента;**
- **удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой.**

Факторы, влияющие на качество медицинских услуг:

Управление и контроль текущих процессов Качество процесса (технологии):

1. Соблюдение стандартов объемов медицинской помощи
2. Правильность выбора медицинских технологий и соблюдение их качества
3. Качество выполнения работы
 - **Качество результата**
 - **Качество структуры:**
 1. Уровень организации работы персонала
 2. Квалификация персонала
 3. Материально-техническое обеспечение, его соответствие стандарту
 4. Уровень финансирования
 5. Уровень лекарственного обеспечения



Стандарт качества медицинской

ПОМОЩИ - это нормативные документы, устанавливающие требования к качеству медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретного медицинского учреждения. Сегодня стандартизация позволяет обеспечить:

- экономию человеческих и материальных ресурсов при производстве;
- выбор оптимального решения;
- защиту интересов потребителя на основе стабильного обеспечения требуемого уровня качества товаров и услуг;
- охрану здоровья населения и безопасность труда;
- создание средств выражения идей и общения между заинтересованными сторонами.

Результатом активной деятельности по стандартизации в сфере здравоохранения стала разработка и внедрение большого количества разнообразных стандартов медицинской помощи.

Классификация медицинских стандартов:

По обязательности выполнения:

- рекомендательные стандарты;
- законодательные стандарты.

По уровню в общей иерархии и области применения:

- локальные;
- региональные;
- национальные;
- международные стандарты.

По видам:

- стандарты на ресурсы здравоохранения;
- стандарты организации медицинской службы и учреждений;
- технологические стандарты;
- стандарты программ медицинской помощи;
- медико-экономические стандарты;
- комплексные стандарты.

- **Стандарты на ресурсы здравоохранения** содержат требования к квалификации медицинских специалистов, к недвижимости и оборудованию медицинских учреждений, к используемым медикаментам и материалам, а также требования к их изготовлению, хранению, подготовке, использованию и т.д. Примером таких стандартов являются квалификационные требования к специалистам, программам их обучения и аттестации.
- **Организационные стандарты** содержат требования к системам организации, эффективного и безопасного использования ресурсов здравоохранения. Они касаются систем управления, организации лечебного процесса, информационного обеспечения, программы контроля качества и т.д.
- **Технологические стандарты** регламентируют процесс оказания медицинской помощи. Несмотря на строго индивидуальный характер этого процесса, в нем можно выявить некоторые более или менее постоянные основные компоненты:
 - · сбор анамнеза;
 - · физикальное исследование больного;
 - · ряд диагностических и лечебных процедур;
 - · услуги по уходу и реабилитации и т.д. Каждая из перечисленных составляющих является как бы технологической единицей процесса оказания медицинской помощи и выполняется в соответствии с установленными традициями или письменными правилами.

Стандарты программ медицинской помощи регламентируют проведение комплекса медицинских мер, осуществляемых для определенных групп пациентов, объединенных по характеру заболевания, возрасту, полу, социальному статусу, профессии и т.д. В последние годы к программам обслуживания стали проявлять большой интерес страховщики, заинтересованные в организации системы контроля за ростом цен на медицинские услуги.


Комплексные стандарты - это набор структурно-организационных, технологических стандартов и стандартов конкретных программ, регламентирующий деятельность определенной медицинской специальности или службы. При проверке качества медицинской помощи часто используют стандарт качества. Основу стандарта качества медицинской помощи составляют:

1. Объем обследования больного.
2. Объем лечебно-реабилитационных мер.
3. Состояние больного при выписке.



Субъекты контроля качества медицинской помощи и их интересы

субъекты	интересы
Пациент - потребитель медицинских услуг	Адекватность медицинской услуги, ее безопасность, субъективная оценка качества медицинской помощи
Общества защиты прав потребителей	Объективная оценка качества медицинских услуг гарантирует отсутствие монополии на оказание того или иного вида медицинских услуг
Страховые медицинские организации, ТФ ОМС	Объективная оценка медицинской помощи экономическим затратам - вневедомственный контроль
Лицензионно-аккредитационные палаты	Оценка структуры, сети ЛПУ, технологии и результативности работы ЛПУ
Профессиональные медицинские ассоциации	Разработка и утверждение медико-экономических стандартов и квалификационных требований, на основании которых осуществляется контроль качества медицинской помощи
Орган управления здравоохранением	Внутриведомственный контроль (сочетание объективной и частично субъективной оценок качества медицинской помощи), координация деятельности сети ЛПУ, территориальной лицензионно-аккредитационной комиссии в соответствии с потребностями населения
ЛПУ	Внутриведомственный контроль (самоконтроль)



Цель контроля качества - обеспечение права граждан на получение медицинской помощи, соответствующей гарантиям базовой (территориальной) программы ОМС, а также обеспечение эффективности и рациональности использования финансовых средств ОМС.

Контроль качества медицинской помощи может осуществляться рядом субъектов, которые производят оценку качества, исходя из различных интересов (см. таблицу). При контроле качества медицинской помощи оцениваются три основных компонента качества медицинской помощи: структурный, процессуальный (технологический) и конечный результат

Структурный компонент качества медицинской помощи (кадровые и материально-технические ресурсы) обеспечивается органами управления здравоохранением, которые регламентируют деятельность сети медицинских учреждений и условия их функционирования. Обеспечение качества медицинской помощи достигается лицензированием медицинских учреждений. Экспертиза показателей структуры производится органами лицензирования и аккредитации на основе следующих документов:

- типовые паспорта зданий и сооружений, в которых оказывается медицинская помощь;
- типовой паспорт оснащения медицинской техникой;
- типовой паспорт оснащения хозяйственно-организационной техникой;
- штатное расписание и квалификационные требования к специалистам (аттестационный сертификат);
- перечень запасов ресурсов, необходимых для оказания медицинской помощи.

Качество медицинской помощи

Структура

- Кадры
- Ресурсное обеспечение (лекарственное и другое)
- Медицинская техника
- Здания, сооружения
- Вспомогательная и организационная техника

Технология

- Медицинская
- Управленческая

Результат

- Показатели объема деятельности
 - Медицинские
 - Экономические
- Показатели результативности
 - Социальные
 - Медицинские
 - Экономические

Процессуальный (технологический) компонент качества определяется используемой технологией, которая оценивается с помощью медико-технологических, медико-экономических стандартов. Кроме этого проводится контроль технологий без использования стандартов и экспертиза механизмов, обеспечивающих процесс управления лечебным процессом. Врачебные медицинские ассоциации участвуют в разработке рекомендаций по использованию медицинских технологий в диагностике и лечении пациентов, критериев оценки профессиональной подготовки специалистов. Механизмом повышения качества медицинской помощи на уровне врачебной и медицинской ассоциации является аккредитация ЛПУ и медицинских работников, то есть оценка соответствия их деятельности профессиональным требованиям.

Для оценки **результативности** медицинской помощи используются три группы показателей:

- **медицинские:** общие показатели (исходы) и специальные показатели результативности (для конкретных специальностей);
- **экономические** показатели эффективности работы в целом, инвестиционных программ, финансирования, использования финансовых средств;
- **социальные:** микросоциальные (удовлетворение качеством медицинской помощи) и макросоциальные (уровни смертности, рождаемости, средняя продолжительность жизни).

Анализ различных подходов к критериям качества медицинской услуги позволяет выделить **пять основных ее составляющих элементов**:

1. **информационные показатели медицинской услуги** — получение в доступной для пациента форме имеющейся информации о состоянии его здоровья, сведений о результатах обследования, наличия заболевания, его диагноз и прогноз, методы лечения и связанные с ними риски, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия и результаты проведенного лечения
2. **квалификационные требования к врачам** — выполнение требований к профессиональной компетенции, объеме знаний, практических умений и навыков врачей
3. **профессиональные качества врача** — проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность;
4. **профессиональность оказания медицинской услуги** — обоснованность, адекватность определения объема лечения, соблюдение технологии диагностики и лечения, получение положительного (ожидаемого) результата оказанной медицинской помощи в отношении состояния здоровья пациента;
5. **качественные показатели самого процесса оказания услуги** — удовлетворенность больного врачебным и медсестринским обслуживанием.

Медицинское учреждение обычно гарантирует только то качество услуги, которое оно в состоянии обеспечить. В то же время **пациент, обращаясь в медицинское учреждение, желает получить медицинскую услугу максимально возможного уровня качества.**

Следует заметить, что решение вопросов некачественного оказания медицинских услуг, их оценка являются прерогативой экспертов. Только индивидуальное рассмотрение специалистами конкретных лечебно-диагностических мероприятий с учетом особенностей состояния больного, течения его заболевания и других имевших место факторов может быть основанием для выявления недостатков медицинской услуги. Поэтому оценка действий медицинских работников при оказании медицинской услуги как качественной или некачественной является прерогативой экспертов

В отношении некачественной медицинской услуги выделены следующие нарушения:

- **а) поздняя диагностика и неоправданно затянувшийся диагностический процесс**, повлекшие позднее начало патогенетической терапии и, как следствие, запоздалое излечение больного, что оказалось связанным с удлинением сроков физического и нравственного страдания пациента;
- **б) неправильная диагностика заболевания, повлекшая неадекватное лечение**, удлинение сроков лечения, развитие возможных осложнений и, как следствие, причинение дополнительных физических и нравственных страданий, смерть;
- **в) ошибочный выбор способа хирургического вмешательства**, вида медицинской процедуры или лекарственной терапии, повлекший утяжеление состояния больного, развитие осложнений, удлинение сроков лечения, возможную инвалидизацию, смерть;
- **г) ошибки при выполнении хирургических операций**, медицинских процедур и медикаментозной терапии, повлекшие утяжеление состояния больного, развитие осложнений, удлинение сроков лечения, возможную инвалидизацию, смерть;
- **д) поздняя госпитализация**, сопровождающаяся утяжелением состояния больного или пострадавшего и повлекшая дополнительные физические и нравственные страдания, смерть;
- **е) нарушение правил транспортировки пострадавшего или больного**, приведшее к развитию острых осложнений, критического состояния здоровья, смерти;
- **ж) нарушение преемственности в лечении**, выражающееся в неполучении информации о лечебно-диагностических мероприятиях, выполнявшихся на предыдущих этапах диагностики и лечения, вследствие которого ухудшается состояние здоровья пациента;
- **з) неоправданно ранняя выписка больного из стационара**; преждевременное прекращение амбулаторного или стационарного лечения;
- **и) ошибки или небрежность при ведении медицинской документации**, приводящие к ошибочной или поздней диагностике, нарушению преемственности в лечении, ошибочному врачебно-экспертному решению и, как следствие, к причинению пациенту морального вреда;
- **к) ненадлежащие санитарно-гигиенические условия**, приводящие к ухудшению физического состояния здоровья, смерти;
- **л) грубое, бестактное, неуважительное, негуманное отношение медицинского персонала** к человеку, обратившемуся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью; к пациенту, находящемуся в стационаре в беспомощном состоянии; к больному, которому проводятся медицинские процедуры в порядке лечения или реабилитации.

- Для пациентов в конкретном медицинском учреждении качество медицинских услуг определяется тем, насколько она отвечает их потребностям, ожиданиям и является своевременной. С целью определения уровня удовлетворенности пациентов и их родственников результатом и процессом медицинской помощи необходимо проводить анкетирование последних с обязательным анализом ответов респондентов. Данные анализа результатов опроса окажут несомненную роль в корректировке работы. Кроме того, важное значение в оценке удовлетворенности пациентов результатами могут играть публикации в средствах массовой информации, выступления в программах телевидения и радио. Однако необходимо учитывать, что пациенты не всегда в состоянии адекватно оценить оказанную им сестринскую помощь и профессиональную компетентность персонала. Пациент воспринимает вмешательство как качественное, если оно удовлетворяет или превосходит его ожидания. Ожидания пациента формируются на основе уже имеющегося опыта или получаемой из различных источников информации. Таким образом, потребительское восприятие вмешательства определяется следующими соответствиями: между ожиданием пациента и их восприятием руководством медицинского учреждения (руководство должно правильно представлять, чего хотят пациенты); между предоставляемыми услугами и внешней информацией об услугах (качество услуги в данном случае зависит от достоверности предоставляемой пациенту и его родственникам информации).

Проведение социологического исследования

Социологическое исследование проводится с целью формирования целостной картины обеспечения КМП и определения путей повышения эффективности работы ЛПУ. Для этих целей разрабатываются анкеты, содержащие перечень вопросов, адаптированных к условиям определенного учреждения (поликлиника, стационар), подразделения и др.

Для изучения удовлетворенности пациентов медицинской помощью рекомендуется проводить опрос по каждому из лечебных подразделений не менее 40–50 пациентов, получивших медицинскую помощь.

Анкетирование медицинского персонала необходимо проводить регулярно.

Для получения более полной и объективной информации следует придерживаться принципа анонимности опроса. Заполненные анкеты передаются в подразделение медицинской статистики для обработки.

Аналогичным образом проводится социологическое исследование удовлетворенности медицинского персонала работой лечебных, диагностических и вспомогательных подразделений учреждения.

Заключение

Управление качеством – это непрерывный процесс воздействия на оказание медицинской помощи с целью обеспечения качества путём последовательной реализации управленческих функций.

Для эффективной организации управления качеством необходимо четко организовать весь процесс. Знать категории, виды, способы управления качеством

Некоторые из составляющих качества плохо поддаются оценке и до сих пор воспринимаются неоднозначно. Это в первую очередь касается удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Имеется различие между объективными потребностями, которые могут быть не до конца ясны самому пациенту, и его субъективными ожиданиями.

Тем не менее, ориентация на потребителя, является ключевым принципом системы управления качеством, хотя удовлетворенность ожиданий пациентов не может служить единственным или основным показателем качества медицинской помощи, так как складывается под влиянием множества факторов: эффективности лечения, отношения персонала, условия оказания помощи, личные предпочтения и ожидания

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- www.zdrav.ru/library/publications
- www.vitaminov.net/rus-news-0-0-21073.html
- Medadvocat.ru/view_page.php?page=79