МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

«УЗГОДЖЕНО»
Директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги
МОЗ України М.К. Хобзей

ОРГАНІЗАЦІЯ СОЦІОЛОГІЧНИХ ОПИТУВАНЬ ПАЦІЄНТІВ / ЇХ ПРЕДСТАВНИКІВ І МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

(Методичні рекомендації)

Київ – 2012

Установи-розробники:
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
Кафедра управління охороною здоров'я
Кафедра сімейної медицини
Кафедра медичної статистики
Чернігівська обласна дитяча лікарня

Укладачі:
к. мед. н., доцент Горачук В.В.
академік НАМН України, професор Вороненко Ю.В.
д. мед. н., професор Гойда Н.Г.
д. мед. н., професор Криштопа Б.П.
к. мед. н., доцент Матюха Л.Ф.
к. мед. н., доцент Орлова Н.М.
головний лікар Чернігівської обласної дитячої лікарні Карета О.О.

Рецензенти:
д. мед. н., професор Шкіряк-Нижник З.А.
д. мед. н., професор Децик О.З.

Рекомендовано вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України від 11.04.2012 року. Протокол № 4

Список прийнятих скорочень
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
див. – дивись
ДСТУ – Державний стандарт України
МД – медична допомога
ст. – століття
ISO – International Organization for Standardization (Міжнародна організація зі стандартизації)

Вступ

В усьому світі зростає увага до питань якості товарів і послуг і задоволення потреб споживачів. Дослідники вважають, що вперше поняття «якість» було проаналізовано Аристотелем у III ст. до нашої ери і розглядалось як філософська категорія, за допомогою якої предмети відрізнялись один від одного і розподілялись за ознаками «гарні» – «погані». Г.В.Ф. Гегель (XIX ст.) пояснював якість як рухому категорію, яка надає речам певну визначеність, а отже, неповторність, і тісно пов'язана з їхньою кількістю. Відомі дослідники якості XX ст. – В. Шухарт, К. Ісікава і Дж.М. Джуран – визнавали основною характеристикою якості її здатність задовольняти потреби споживачів [1, 3].

У подальшому історична трансформація категорії якості зумовила необхідність її організаційного забезпечення. Відповідно до розвитку ідей управління якістю відбулась поступова зміна концепцій – «менеджменту якості», «тотального (комплексного) управління якістю», «загального (всебічного) менеджменту якості». Остання – сучасна передова концепція, яка висуває першочергові завдання будь-якому підприємству із забезпечення якості продукції (послуги), і вся його діяльність має бути підпорядкована цій меті. У рамках загального менеджменту якості у 1987 р. Міжнародною організацією зі стандартизації розроблені міжнародні стандарти управління та забезпечення якості серії ISO 9000, які удосконалювались у версіях 1994 р. і 2000 р.

Характерною рисою міжнародних і аналогічних вітчизняних стандартів управління якістю залишається їхня соціальна спрямованість. У базовому міжнародному стандарті ISO серії 8402:1994 і його оновлених версіях якість визначається як ступінь, в якому сукупність власних характеристик продукції (послуги) відповідає вимогам, а вимоги – це потреби або очікування споживачів, що встановлені, передбачаються або є обов'язковими. Одним із принципів менеджменту якості, оголошених міжнародними стандартами, визначено принцип орієнтації на споживача. Принцип означає, що підприємство, яке виготовляє продукцію або надає послуги, залежить від своїх споживачів, тому необхідно розуміти їхні поточні і майбутні потреби, виконувати їхні вимоги і прагнути перевершити їхні очікування.

Визначення категорії «якість» з точки зору потреб і очікувань споживачів не випадкове, воно відповідає концепції «суспільного споживання», яка остаточно сформувалася у світі в середині XX ст. Концепція визначає споживача головною фігурою суспільства. Його вимоги, якщо вони соціально безпечні, захищаються державою і є провідними для установ – виробників товарів і послуг [6].

Категорія якості тісно пов'язана зі здоров'ям людини, якому належить пріоритетне місце серед людських потреб, зокрема, потреб у медичній допомозі (МД). Проблема якості МД сьогодні вважається актуальною для будь-якої системи охорони здоров'я [4]. В Україні в найближчій перспективі актуальність проблеми посилиться у зв'язку з реформуванням медичної галузі [11]. Головною метою розпочатої реформи є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до МД належної якості.

Якість МД дослідники вважають неоднозначним, багатогранним і комплексним поняттям, яке складається з окремих компонентів. За A. Donabedian (1988), складовими якості МД слід вважати:

- результативність (співвідношення досягнутого результату і максимально можливого, заснованого на наукових даних);
- ефективність (економічність, найбільш раціональне використання ресурсів, найменша вартість без зниження результативності);
- оптимальність (оптимальне співвідношення витрат і отриманих результатів у поліпшенні здоров'я);
- сприйнятливість (відповідність наданої допомоги очікуванням, побажанням, надіям пацієнтів та їхніх родичів);

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА №5 (67), 2016
ISSN 2307-5112

- законність (відповідність соціальним пріоритетам, вираженим в етичних принципах, законах, нормах, правилах);
- справедливість (доступність для різних верств населення) [15].

Міжнародні експерти ВООЗ (2005) визначили якість МД як рівень досягнення системами охорони здоров'я суттєвих цілей у поліпшенні здоров'я і відповідності справедливим очікуванням населення, а основними критеріями якості МД вважають ефективну і своєчасну МД, ефективне використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів і результативність лікування.

Відповідно до вітчизняних нормативно-правових актів, до встановлених потреб пацієнтів у МД відносять:

- доступність МД (економічна, географічна (територіальна), організаційна);
- результативність (усунення патологічних симптомів гострих або досягнення ремісії хронічних захворювань);
- безпечність (мінімальні ризики від медичних втручань);
- конфіденційність (обмеженість доступу до інформації про національність, освіту, сімейний стан, релігійні переконання, стан здоров'я, адресу, дату і місце народження пацієнта);
- належна МД (відповідає положенням доказової медицини);
- справедливість МД (на якість МД не впливає вік, етнічна належність, географічне положення, соціально-економічний стан пацієнта);
- ефективність (найбільш раціональна МД з точки зору використання ресурсів, МД найменшої вартості без зниження результативності);
- інформована згода (право пацієнта на участь у прийнятті рішення стосовно медичних втручань);
- дотримання інших прав пацієнта (вибір лікаря і медичного закладу, інформація про стан свого здоров'я, матеріальне і моральне відшкодування у разі нанесення збитків здоров'ю).

До передбачуваних потреб (вимог), які є стійкими побажаннями або запитами пацієнта, відносяться безболісність процедур, естетичність умов, в яких надається МД, врахування національних і культурних особливостей особистості та звичок хворого.

Пацієнт-орієнтована МД побудована на принципі дотримання встановлених і передбачуваних потреб (вимог) і «зворотного зв'язку» з пацієнтами шляхом:

- розгляду скарг (рекламацій) пацієнтів / їхніх представників;
- безпосереднього спілкування відповідальних осіб з пацієнтами;
- аналіз повідомлень у засобах масової інформації;
- проведення соціологічних опитувань із застосуванням анкет з метою визначення задоволеності пацієнта отриманою МД [8].

За даними ВООЗ, у багатьох розвинених країнах Європи в установах системи охорони здоров'я медико-соціологічні дослідження вже набули систематичного характеру. У Франції, Великобританії, Греції, Польщі, Швеції аналітичні дані за результатами опитування пацієнтів розміщують в Інтернеті для порівняння роботи лікарень на місцевому та регіональному рівнях [14, 16].

Важливо, що до споживачів, або зацікавлених у діяльності закладу охорони здоров'я сторін, міжнародний галузевий стандарт та розроблений на його основі вітчизняний регламент відносять не лише пацієнтів, але й медичних працівників, які пов'язують свої інтереси з конкретним місцем роботи, де можливо реалізувати свої професійні здібності та отримати матеріальну винагороду. Згідно з рекомендаціями стандарту, урахування думки зацікавлених сторін сприятиме постійному поліпшенню якості медичного обслуговування, а увага до потреб медичного персоналу з боку керівництва закладу сприятиме підвищенню мотивації співробітників до якісної праці [2, 7].

Разом з тим, у вітчизняних закладах охорони здоров'я регулярна діяльність щодо моніторингу рівня задоволеності пацієнтів / їхніх представників якістю МД і медичних працівників професійною діяльністю не налагоджена за відсутності уніфікованих методичних підходів до організації проведення опитувань, добору адекватного методичного інструментарію, визначення і аналізу отриманих результатів, що і зумовило необхідність розроблення відповідних інструментів опитування.

Мета: розробити методики організації соціологічних опитувань пацієнтів / їхніх представників і медичного персоналу у закладах охорони здоров'я.

Методичні рекомендації розраховані на керівників підприємств, установ та організацій охорони здоров'я, їхніх заступників з організаційно-методичної роботи, керівників структурних підрозділів (завідувачів відділень) закладів охорони здоров'я.

1. Методика організації соціологічного опитування пацієнтів / їхніх представників у закладах охорони здоров'я

Основними вимогами до методики як до інструменту, що роз'яснює порядок виконання дій для досягнення поставленої мети, вважають надійність теоретичного і методичного забезпечення, зручність і економічність у використанні. Крім того, методика не повинна бути надмірно складною та містити велику кількість проміжних етапів або операцій.

Важливо, щоб можливість досягнення мети з поліпшення результатів діяльності закладу охорони здоров'я дійсно розглядалась, зокрема через взаємодію з пацієнтами / їхніми представниками, інакше здійснення оцінювання задоволеності буде лише дратувати усіх учасників процесу опитування, займаючи час на збір інформації, яка в подальшому не буде використовуватись.

Першим кроком в організації проведення опитування необхідно визначити розроблення його програми та робочого плану. Програма містить *формулювання проблеми* (невідповідність між очікуваною і реально отриманою пацієнтами МД), *мети* (поліпшення якості медичного обслуговування пацієнтів), *об'єкта* (пацієнти або їхні представники) і *завдань* (визначення рівня задоволеності пацієнтів або їхніх представників МД).

Програмою опитування слід передбачити його *етапи:*

- формування репрезентативної вибірки з об'єктів дослідження;
- визначення правил відбору респондентів;
- розроблення анкети соціологічного опитування та її тиражування;
- безпосереднє проведення опитування;
- підготовку звіту про результати опитування;
- представлення звіту керівництву закладу охорони здоров'я для використання при прийнятті управлінських рішень з поліпшення медичного обслуговування населення (рис. 1).

Під час формування репрезентативної вибірки з об'єктів дослідження (одиниць спостереження) та визначенні її обсягу слід врахувати, що генеральну сукупність складуть усі пацієнти, які звернуться до амбулаторно-поліклінічного закладу або перебуватимуть у стаціонарі впродовж встановленого часу (наприклад, впродовж першого або останнього місяця, кварталу року). Визначити таким чином обсяг генеральної сукупності можливо шляхом використання середніх статистичних даних про кількість осіб, які один раз перебували на лікуванні у стаціонарі або відвідали поліклініку (вперше) протягом першого (останнього) місяця, кварталу попередніх п'яти років.

Визначення кількості осіб (вибіркова сукупність), яких необхідно опитати впродовж місяця (кварталу), здійснюється за формулою [5]:

$$n = \frac{t^2 pqN}{N\Delta^2 + t^2 pq} \qquad (1)$$

де n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення, або довірчий коефіцієнт (t=2);

p – ймовірність наявної ознаки (p=0,5);

q – ймовірність відсутності ознаки (q=1-p=0,5);

N – обсяг генеральної сукупності;

Δ – гранично припустима помилка у медико-соціологічних дослідженнях (максимальна величина припустимої помилки становить ±5%, або 0,05).

Корисно пам'ятати, що при обсязі генеральної сукупності більше 5000 осіб обсяг репрезентативної вибірки складає не менше 400 одиниць за умови помилки у 5%.

Серед усіх існуючих способів відбору респондентів найбільш доцільним слід вважати механічний добір, який ґрунтується на арифметичному підході: після визначення обсягу вибіркової та генеральної сукупностей необхідно встановити їхнє співвідношення. Наприклад, якщо це співвідношення складе 1:10, то для опитування необхідно відібрати кожного десятого пацієнта, який звернеться уперше в даному місяці поточного року за МД у поліклінічний заклад, або буде уперше госпіталізований.

Програма повинна містити розроблену анкету соціологічного опитування, яка слугуватиме безпосереднім інструментом дослідження. Під час розроблення анкети слід врахувати основні складові МД, сконцентровані навколо встановлених і передбачуваних запитів (потреб) пацієнта, які можуть бути оцінені як характеристики її якості:

- доступність МД: віддаленість закладу від місця проживання, наявність пантусів при вході до закладу для інвалідів, матерів з малими дітьми, наявність фахівців у закладі охорони здоров'я; тривалість очікування прийому лікаря, планової госпіталізації, приїзду карети швидкої (невідкладної) МД; тривалість очікування діагностичних, лікувальних процедур; можливість отримати діагностичні і лікувальні процедури у даному закладі охорони здоров'я (наявність апаратури, обладнання, устаткування); вартісна доступність призначених ліків; рівень (повнота) забезпечення медикаментами у стаціонарі і на первинному рівні МД;
- результат лікування;
- ускладнення внаслідок призначеного медикаментозного лікування, маніпуляцій, процедур, оперативних втручань;
- ставлення персоналу до пацієнта;
- дотримання прав пацієнта (можливість вибору лікаря, закладу охорони здоров'я; отримання інформованої згоди пацієнта на діагностичні і лікувальні заходи; участь пацієнта у прийнятті рішень стосовно вибору способу діагностики і лікування; використання клінічних протоколів та інших регламентів при призначенні діагностичних, лікувальних, профілактичних процедур; інформування пацієнта про стан його здоров'я);
- харчування у стаціонарі (за обсягом, асортиментом, відповідністю принципам дієтотерапії при даному захворюванні);
- санітарно-технічні та санітарно-гігієнічні умови закладу, де надається МД;
- інші запити залежно від профілю діяльності медичної установи та актуальності проблем, які потрібно вирішувати.

Потреби (запити, вимоги) пацієнта мають різний ступінь важливості для нього, наприклад, результат лікування, як правило, важливіший за санітарно-технічні умови або якість харчування. Тому доцільно співставити ступінь важливості кожної обраної характеристики якості МД зі ступенем задоволеності цією характеристикою. З цією метою визначені характеристики необхідно розташувати у двох розділах анкети: у першому – для відповідей стосовно задоволеності, у другому – стосовно важливості для пацієнта запропонованих характеристик якості (приклад анкети див. Додаток 1).

Отримання кількісних вимірювань забезпечується застосуванням цифрової шкали (10 поділок), оскільки роздрібненість метрики – чутливість шкали – прямо пов'язана з точністю вимірювань. Саме такі підходи – з визначенням відповідних характеристик якості МД та із застосуванням роздрібненої метричної шкали – забезпечать точність і надійність вимірів та отримання валідних і достовірних кількісних результатів [9, 10, 12, 13].

Робочий план є органічною складовою програми і включає терміни проведення опитування, розподіл повноважень і відповідальності осіб, які залучені до організації і проведення опитування, розрахунки кількості необхідних інформаційно-методичних матеріалів і примірників анкет, порядок проведення опитування (інструктаж), терміни представлення попередніх і заключних результатів опитування.

Другим кроком слід вважати безпосереднє опитування пацієнтів (їхніх представників).

Авторський досвід організації проведення опитувань у дитячих поліклініках і стаціонарах Києва, Ужгорода, Чернігова свідчить про необхідність здійснення ідентифікації пацієнта (його представника) перед проведенням опитування. Заздалегідь підготовлена анкета вкладається у медичну документацію пацієнта, який підлягає опитуванню (у поліклініці – співробітниками реєстратури, у стаціонарі – співробітниками приймального відділення). У подальшому відповідальні за опитування особи (лікар, середній медичний персонал) пропонують пацієнту (представникові пацієнта) надати письмову інформовану згоду на опитування, яка є складовою анкети, і, нарешті, – відповіді на пункти анкети. Опитування пацієнтів поліклініки доцільно проводити після отриманої МД (по завершенні амбулаторного лікування), пацієнтів стаціонару – на етапі виписки.

Заповнені бланки анкет після перевірки на правильність заповнення і вилучення непридатних екземплярів передаються до інформаційно-аналітичного відділу для подальшого статистичного оброблення з використанням можливостей комп'ютерного програмного забезпечення і аналізу уповноваженими особами.

Спеціалісти інформаційно-аналітичного відділу розраховують середні величини та їхні стандартні відхилення за кожною шкалою анкети (у балах), а потім порівнюють оцінки важливості і задоволеності. У випадку, якщо оцінка задоволеності є нижчою за оцінку важливості за відповідною шкалою, то дану характеристику якості слід вважати проблемною для закладу охорони здоров'я.

Визначення загального коефіцієнту задоволеності (індексу задоволеності) пацієнта здійснюють наступним чином: складають середні оцінки важливості у балах за усіма характеристиками. Потім визначають вагові коефіцієнти кожної характеристики шляхом поділу її середньої оцінки на отриману суму балів (Додаток 3). Далі знаходять добуток коефіцієнта задоволеності за кожною характеристикою та відповідного вагового коефіцієнта важливості:

Індекс задоволеності = середнє значення задоволеності (у балах) × середнє значення вагового коефіцієнту важливості.

Сума даних, отриманих за кожною шкалою, і буде становити загальний індекс задоволеності пацієнта.

Результати опитування оформлюють у вигляді протоколу і направляють керівництву закладу.

Останній крок дослідження передбачає аналіз отриманих даних з боку керівництва для прийняття ним управлінських рішень, які повинні містити коригувальні або попереджувальні дії для усунення / недопущення незадоволеності пацієнтів якістю отриманої МД за визначеними напрямками. У подаль-

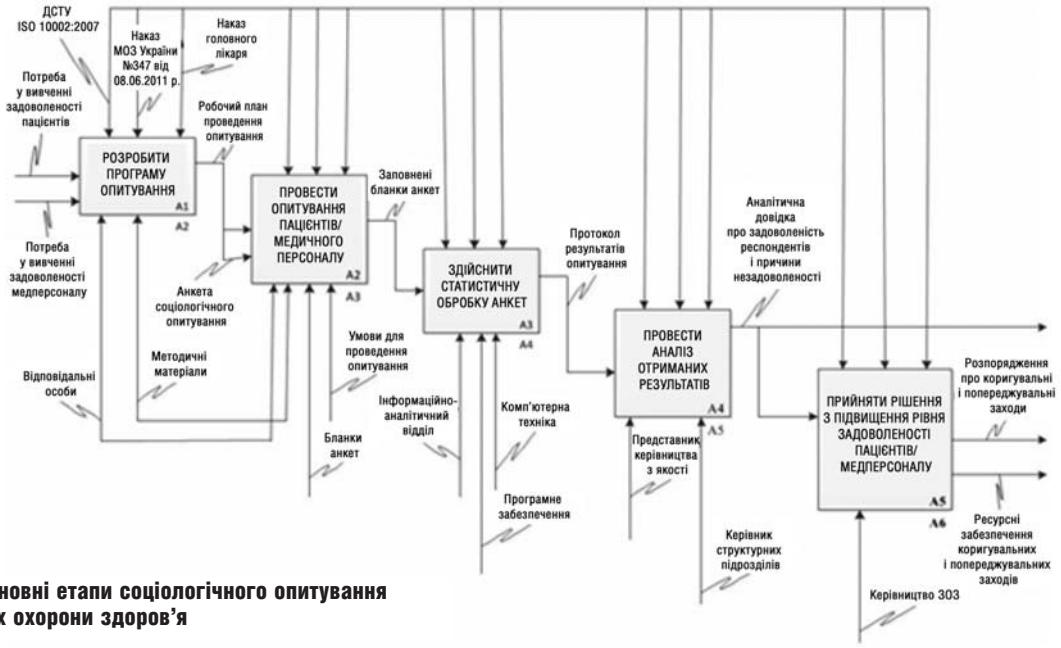

Рис. 1. Основні етапи соціологічного опитування у закладах охорони здоров'я

шому отриману міру (встановлений рівень) задоволеності можливо контролювати у динаміці (впродовж багатьох років), навіть за умови, що анкетні запитання будуть змінюватись у відповідності до зміни вимог (потреб) пацієнтів.

Результати аналізу даних опитування обов'язково слід довести до відома персоналу медичного закладу.

2. Методика організації соціологічного опитування медичного персоналу

Порядок виконання дій під час організації соціологічних опитувань медичного персоналу аналогічний викладеному у попередній методиці. Слід врахувати особливості, пов'язані з об'єктами, які підлягають опитуванню.

Формулювання *проблеми* у програмі опитування медичних працівників необхідно пов'язати з невідповідністю між очікуваними і фактично отриманими можливостями задовольнити потреби у реалізації професійних здібностей, компетенцій і матеріальних запитів. *Мета* опитування полягатиме у поліпшенні рівня задоволеності медичного працівника професійною діяльністю; *об'єктами* опитування слід визначити лікарів та середніх медичних працівників, а *завданнями* – визначення рівня задоволеності медичних працівників професійною діяльністю у даному закладі охорони здоров'я.

Якщо у закладі працює велика кількість медичного персоналу і опитати всіх неможливо, то формують репрезентативну вибірку. Визначення кількості осіб для опитування здійснюється за формулою (1), де генеральну сукупність представляють усі медичні працівники закладу, яких відбирають механічним способом.

При розробленні анкети необхідно врахувати основні складові професійної діяльності співробітника, сконцентровані навколо його запитів. Для медичного працівника такими можуть бути:

- можливість підвищення рівня професійних знань і компетенцій;
- достатнє за обсягом, змістом і терміном надходження інформаційне забезпечення (нормативно-правовими документами, методичними і навчальними матеріалами);
- забезпеченість медикаментами для надання невідкладної МД;
- медичним обладнанням, оснащенням, транспортом;
- забезпеченість житлом;
- можливість брати участь у професійних об'єднаннях;
- залученість до прийняття управлінських рішень;
- залученість до інновацій;
- залученість до процесів реформування галузі;
- задоволеність рівнем оплати праці;
- певний рівень самостійності у роботі;
- належні умови праці на робочому місці;
- гармонійні міжособистісні відносини в колективі;
- відповідні стосунки з пацієнтами;
- позитивне оцінювання роботи медичного працівника безпосереднім керівництвом;
- позитивне оцінювання роботи медичного працівника адміністрацією медичного закладу та інші (Додаток 2).

Визначені характеристики доцільно розташувати одночасно у двох розділах анкети: у першому – для визначення задоволеності, у другому – важливості для співробітника запропонованих запитаннями характеристик, оскільки їхня цінність для людини може не співпадати. Для отримання кількісних значень вимірювань застосовується цифрова шкала у 10 поділок для кожної характеристики, доцільність якої викладена у попередній методиці.

Для успішності процедури безпосереднього опитування співробітників велике значення мають дотримання принципу анонімності та умови її проведення: у позаробочий час, у світлому, тихому приміщенні, з розташуванням кожного з респондентів за окремим столом і забезпеченням бланком анкети, олівцями, ручками. Бажано проводити опитування у межах структурного підрозділу (відділення). Складовими опитування є також інструктаж респондентів відповідальними особами щодо правил заповнення анкет, надання письмової інформованої згоди на опитування, яка є складовою анкети, і, нарешті, – відповіді на пункти анкети.

Заповнені бланки анкет перевіряють на місці відповідальні особи на правильність заповнення з вилученням непридатних екземплярів і передають в інформаційно-аналітичний відділ закладу для подальшого статистичного оброблення.

Методика підрахунку індексу задоволеності медичних працівників аналогічна методиці підрахунку індексу задоволеності пацієнтів / їхніх представників.

Результати опитування у вигляді протоколу направляють керівництву для аналізу, прийняття управлінських рішень і доведення до відома персоналу медичного закладу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вергай Н.С. Очерк основных категорий и законов науки логики Гегеля и их комментарии / Вергай Н.С. – Черкассы, 2010. – 170 с.
2. Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів / Ю.В. Вороненко, А.М. Сердюк, О.П. Мінцер [та ін.]. // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 37–41.
3. Герасимов Б.Н. Управление качеством: Учебное пособие. – 2-е изд. / Герасимов Б.Н., Злобина Н.В., Спиридонов С.П. – М.: КноРус, 2007. – 272 с.
4. Дзяк Г.В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані з загальноєвропейськими методами / Г.В. Дзяк, В.М. Лехан, Л.В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. – Том XV. – № 1. – С. 6–9.
5. Зайцев В.М. Прикладная медицинская статистика: Учебное пособие / Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. – Спб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. – С. 12–33.
6. Зюков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «Якість медичної допомоги» / О.Л. Зюков // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 3–4. – С. 54–59.
7. Національний стандарт України. Системи менеджменту якості. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я (IWA 1:2005; ДСТУ IWA 1:2007) – К: Держспоживстандарт України, 2008. – 83 с.
8. Національний стандарт України. Управління якістю. Задоволеність замовників. Настанови щодо розглядання скарг в організаціях (ISO 10002:2004; ДСТУ ISO 10002:2007). – К: Держспоживстандарт України, 2008. – 26 с.
9. Опыт использования анкетирования пациентов для оценки качества медицинской помощи / В.К. Юрьев, Н.Е. Арефьева, Т.А. Волкова [и др.] // Социология медицины. – 2007. – № 2. – С. 28–30.
10. Паніна Н.В. Технологія соціологічного дослідження: Курс лекцій / Паніна Н.В. – К., 2007. – 320 с.
11. Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві / МОЗ України – Офіц. вид. – 2011. – 347. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ). – [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110608_347.html – Назва з екрану.
12. Решетников А.В. Основы построения медико-социологического мониторинга в системе обязательного медицинского страхования / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2009. – № 1. – С. 3–11.
13. Смехнова Г.П. Основы прикладной социологии: Учебное пособие / Смехнова Г.П. – М.: Вузовский учебник, 2008. – 240 с.
14. Coulter A. Patients' experiences with hospital care in five countries / A. Coulter, PD. Cleary // Health Aff. – 2001. – № 20. – P. 24–52.
15. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260. – P. 1743–1748.
16. Jenkinson C. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validati on using data from in-patient surveys in five countries / C. Jenkinson, A. Coulter, S. Bruster. // Международный журнал качества медицинской помощи, – 2002. – № 14. – С. 353–358.

Додаток 1

Приклад анкети соціологічного опитування пацієнтів / їхніх представників

Вельмишановний пацієнте!

Адміністрація і колектив відділення лікарні / амбулаторії просять Вас оцінити *якість одержаної Вами медичної допомоги* у нашому медичному закладі. Ваші відповіді будуть ретельно проаналізовані досвідченими експертами і враховані у подальшій роботі для поліпшення медичного обслуговування пацієнтів.

Просимо Вас провести оцінювання якості медичної допомоги за 10-бальною шкалою за умови, що чим вищий бал, тим вища задоволеність та важливість для Вас наведеної характеристики (складової) медичної допомоги. Для цього необхідно напроти кожної зазначеної характеристики (складової) зробити позначку « + » на перехресті з тією цифрою-балом, яка найбільш відповідає ступеню Вашої задоволеності (незадоволеності), а також є важливою (або не важливою), на Ваш погляд, для Вашого успішного лікування. Сподіваємось на Ваші відверті відповіді.

Перед початком заповнення анкети просимо Вас надати інформовану згоду на участь у опитуванні:

Я, що нижче підписався (підписалась), згідний(а) взяти участь у соціологічному опитуванні. Мені повідомлено, що відомості про мою участь в опитуванні залишаться конфіденційними, а результати будуть враховані як складова результатів групового опитування і можуть бути використані для прийняття управлінських рішень з поліпшення медичного обслуговування населення та наукових цілей.

«Прочитав(ла) і згідний(а)» *«___»_____201__р. Підпис* _____

1. Оцініть, будь-ласка, Вашу ***задоволеність*** окремими характеристиками (складовими) медичної допомоги, отриманими Вами у нашому медичному закладі:

Незадоволеність → Задоволеність

№	Характеристики (складові) медичної допомоги	Бали									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Наявність лікарів, які за фахом можуть надати медичну допомогу при даному захворюванні										
2	Можливість бути обстеженим у визначеному лікарем обсязі										
3	Можливість отримувати лікування у визначеному лікарем обсязі										
4	Можливість своєчасного отримання діагностичних процедур										
5	Можливість своєчасного отримання лікувальних процедур										
6	Результати лікування										
7	Рівень безпеки медичних процедур, маніпуляцій, медикаментів та інших медичних втручань, одержаних під час лікування										
8	Можливість бути госпіталізованим у лікарню в разі потреби										
9	Ставлення до Вас особистого лікаря										
10	Ставлення до Вас медичних сестер										
11	Дотримання прав пацієнта										
12	Харчування (у стаціонарі)										
13	Санітарно-технічні / гігієнічні умови										
14	Зрозумілість рекомендацій, наданих лікарем по закінченні										

2. Оцініть, будь-ласка, наскільки ***важливі*** для Вас окремі характеристики (складові) медичної допомоги, яку Ви отримали у нашому медичному закладі:

Незадоволеність → Задоволеність

№	Характеристики (складові) медичної допомоги	Бали									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Наявність лікарів, які за фахом можуть надати медичну допомогу при даному захворюванні										
2	Можливість бути обстеженим у визначеному лікарем обсязі										
3	Можливість отримувати лікування у визначеному лікарем обсязі										
4	Можливість своєчасного отримання діагностичних процедур										
5	Можливість своєчасного отримання лікувальних процедур										
6	Результати лікування										
7	Рівень безпеки медичних процедур, маніпуляцій, медикаментів та інших медичних втручань, одержаних під час лікування										
8	Можливість бути госпіталізованим у лікарню в разі потреби										
9	Ставлення до Вас особистого лікаря										
10	Ставлення до Вас медичних сестер										
11	Дотримання прав пацієнта										
12	Харчування (у стаціонарі)										
13	Санітарно-технічні / гігієнічні умови										
14	Зрозумілість рекомендацій, наданих лікарем по закінченні лікування										

Паспортна частина:

15. Ваше постійне місце проживання:
    15.1. місто ❍ 15.2. село ❍
16. Скільки Вам повних років _____
17. Ваша стать:
    17.1. чоловіча ❍ 17 .2. жіноча ❍
18. Ваша освіта:
    18.1. середня ❍
    18.2. середня спеціальна ❍
    18.3. незакінчена вища ❍
    18.4. вища ❍
19. Ваш вид діяльності за останні 12 міс:
    19.1. робітник ❍
    19.2. службовець ❍
    19.3. підприємець ❍
    19.4. безробітний ❍
    19.5. в декретній відпустці ❍
    19.6. домогосподарка ❍
    19.7. пенсіонер ❍
    інший вид діяльності ❍
20. Особливий статус:
    20.1. учасник війни ❍ 20.2 дитина війни ❍
    20.3. учасник ліквідації аварії на ЧАЕС ❍
    20.4. людина з обмеженими можливостями ❍
    20.5. – інший пільговий статус ❍
21. Скільки у Вас дітей _____
22. Ваші доходи на *одного члена* сім'ї за останні 12 міс:
22.1. до 1000 грн. ❍ 22.2. 1000-2000 грн. ❍
22.3. більше 2000 грн. ❍

Бажаємо Вам і Вашій родині міцного здоров'я і дякуємо за відповіді!

Додаток 2

Приклад анкети соціологічного опитування медичного персоналу

Вельмишановні співробітники!

Адміністрація Вашого медичного закладу просить Вас взяти участь у щорічному опитуванні для визначення проблем, які заважають Вам ефективно працювати, і пошуку можливостей для їхнього вирішення. Ваші відповіді будуть ретельно проаналізовані і враховані у подальшій роботі для поліпшення Вашої професійної діяльності і підвищення якості медичного обслуговування пацієнтів.

Просимо Вас провести оцінку вказаних в анкеті позицій за 10-бальною шкалою позначкою «+» за умови, що чим вищий бал, тим вища Ваша задоволеність та важливість для Вас вказаної позиції. Події необхідно оцінювати за *поточний рік*.

Сподіваємось на Ваші відверті відповіді, адже анкета анонімна, не піддається ідентифікації, а відомості, отримані у процесі оброблення анкети, залишаться конфіденційними.

Перед початком заповнення анкети просимо Вас надати інформовану згоду на участь у опитуванні:

Я, що нижче підписався (підписалась), згідний (а) взяти участь у соціологічному опитуванні. Мені повідомлено, що відомості про мою участь в опитуванні залишаться конфіденційними, а результати будуть враховані як складова результатів групового опитування і можуть бути використані для адміністративних рішень на користь співробітників і наукових цілей.

«Прочитав (ла) і згідний (а)»
«___»_____201__р. Підпис _____

1. Оцініть, будь-ласка, Вашу ***задоволеність*** роботою за наступними характеристиками:

Незадоволеність → Задоволеність

№	Характеристики	Бали									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Можливість підвищення рівня професійних знань і компетенцій:										
1.1	- підвищення кваліфікації на курсах післядипломної освіти										
1.2	- підвищення кваліфікації на заняттях з персоналом за місцем роботи										
1.3	- участь у наукових конференціях, з'їздах за фахом										
1.4	- умови для самостійного професійного навчання за місцем роботи (бібліотека, наукові видання, доступ до мережі Інтернет, участь у роботі професійних асоціацій)										
2	Інформаційне забезпечення:										
2.1	- можливість ознайомлення і використання нормативно-правових документів										
2.2	- наявність методичних матеріалів за профілем Вашої діяльності										
2.3	- наявність протоколів надання медичної допомоги										
2.4	- наявність інструкцій з охорони праці і правил безпеки під час виконання роботи										
2.5	- своєчасність надходження інформаційних матеріалів										
3	Рівень заробітної плати										
4	Умови праці на робочому місці										
5	Рівень самостійності у роботі										
6	Міжособистісні відносини в колективі відділення (служби)										
7	Стосунки з пацієнтами/ їхніми законними представниками)										
8	Оперативність у взаємодії Вашого відділення (кабінету, служби) з іншими підрозділами медичного закладу:										
8.1	- з реєстратурою (приймальним відділенням)										
	- з іншими клінічними відділеннями										
8.2	- з лабораторною службою										
8.3	- з діагностичними кабінетами										
8.4	- з відділеннями відновлювального лікування										
8.5	- з поліклінічним відділенням										
8.6	- з адміністрацією медичного закладу										
8.7	- з господарською частиною закладу										
9	Оцінка Вашої роботи безпосереднім керівництвом										
10	Оцінка Вашої роботи адміністрацією закладу										

2. Тепер оцініть, будь-ласка, наскільки ***важливі*** для Вас зазначені вище характеристики Вашої професійної діяльності:

Незадоволеність → Задоволеність

№	Характеристики	Бали									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Можливість підвищення рівня професійних знань і компетенцій:										
1.1	- підвищення кваліфікації на курсах післядипломної освіти										
1.2	- підвищення кваліфікації на заняттях з персоналом за місцем роботи										
1.3	- участь у наукових конференціях, з'їздах за фахом										
1.4	- умови для самостійного професійного навчання за місцем роботи (бібліотека, наукові видання, доступ до мережі Інтернет, участь у роботі професійних асоціацій)										
2	Інформаційне забезпечення:										
2.1	- можливість ознайомлення і використання нормативно-правових документів										
2.2	- наявність методичних матеріалів за профілем Вашої діяльності										
2.3	- наявність протоколів надання медичної допомоги										
2.4	- наявність інструкцій з охорони праці і правил безпеки під час виконання роботи										
2.5	- своєчасність надходження інформаційних матеріалів										
3	Рівень заробітної плати										
4	Умови праці на робочому місці										
5	Рівень самостійності у роботі										
6	Міжособистісні відносини в колективі відділення (служби)										

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА №5 (67), 2016
ISSN 2307-5112

7	Стосунки з пацієнтами/ їхніми законними представниками)										
8	Оперативність у взаємодії Вашого відділення (кабінету, служби) з іншими підрозділами медичного закладу:										
8.1	- з реєстратурою (приймальним відділенням)										
	- з іншими клінічними відділеннями										
8.2	- з лабораторною службою										
8.3	- з діагностичними кабінетами										
8.4	- з відділеннями відновлювального лікування										
8.5	- з поліклінічним відділенням										
8.6	- з адміністрацією медичного закладу										
8.7	- з господарською частиною закладу										
9	Оцінка Вашої роботи безпосереднім керівництвом										
10	Оцінка Вашої роботи адміністрацією закладу										

Паспортна частина

Скільки років Ви працюєте у нашому медичному закладі?

_____

Ваш загальний професійний стаж? (повних років) _____

13. Ви працюєте:

13.1. спеціалістом з середньою спеціальною медичною освітою ❍

13.2. лікарем ❍

13.3. завідуючим відділенням (структурним підрозділом) ❍

14. Ваша кваліфікаційна категорія за фахом:

14.1. друга ❍

14.2. перша ❍

14.3. вища ❍

14.4. не маю ❍

15. Скільки Вам повних років _____

16. Ваша стать:

16.1. чоловіча ❍

16.2. жіноча ❍

17. Ваш сімейний стан:

17.1. одружена (одружений) ❍

17.2. неодружена (неодружений) ❍

17.3. спільне проживання ❍

17.4. розлучена (ний) ❍

17.5. вдова (вдівець) ❍

Додаток 3

Приклад розрахунку індексу задоволеності пацієнтів / медичного персоналу

Характеристики (складові) медичної допомоги	Середній бал	Ваговий коефіцієнт	Середній бал задоволе-	Індекс задоволе-
1	2	3	4	5
Можливість бути госпіталізованим у відділення лікарні у разі потреби	9,5	0,074	9,1	0,673
Наявність лікарів, які за фахом можуть надати медичну допомогу при даному захворюванні	9,9	0,077	8,3	0,639
Можливість бути обстеженим в медичному закладі у визначеному лікарем обсязі	9,4	0,073	7,6	0,555
Можливість отримувати лікування в медичному закладі у визначеному лікарем обсязі	9,6	0,074	6,3	0,466
Можливість своєчасного отримання діагностичних процедур	9,8	0,076	8,7	0,661
Можливість своєчасного отримання лікувальних процедур	9,9	0,077	9,2	0,708
Результати лікування	9,9	0,077	9,4	0,724
Рівень безпеки медичних процедур, маніпуляцій, медикаментів та інших медичних втручань, одержаних під час лікування	9,9	0,077	9,1	0,701
Ставлення особистого лікаря	9,5	0,074	9,6	0,710
Ставлення медичних сестер	9,6	0,074	9,1	0,673
Дотримання прав пацієнта	9,2	0,070	9,0	0,630
Харчування (в стаціонарі)	7,1	0,054	7,9	0,427
Санітарно-технічні / гігієнічні умови	7,5	0,058	8,2	0,476
Зрозумілість рекомендацій, наданих лікарем по закінченні лікування	8,4	0,065	9,5	0,618
Сума балів	129,2	1,000		8,66

Порядок розрахунку індексу задоволеності пацієнтів / медичного персоналу:

1. Внести дані результатів підрахунку середнього бала важливості по кожній характеристиці якості МД у графу 2 таблиці Додатку 3.

2. Внести дані результатів підрахунку середнього бала задоволеності по кожній характеристиці якості МД у графу 4 таблиці Додатку 3.

3. Підрахувати суму балів середніх коефіцієнтів важливості і внести у графу 2 за параметром «Сума балів».

4. Визначити вагові коефіцієнти кожної характеристики важливості шляхом поділу її середнього бала на отриману суму балів (наприклад, ваговий коефіцієнт важливості за характеристикою «Можливість бути госпіталізованим у відділення лікарні в разі потреби» визначається наступним чином: 9,5:129,2=0,074).

5. Помножити коефіцієнт задоволеності по кожній характеристиці на відповідний ваговий коефіцієнт важливості (дані графи 4 на дані графи 3), отримати індекси задоволеності по кожній характеристиці.

6. Визначити суму даних, отриманих по кожній шкалі, що і буде загальним індексом задоволеності респондентів відповідної групи (пацієнтів або медичного персоналу). Максимально можливий індекс задоволеності дорівнює 10 балів.