

Министерство образования и науки Республики Казахстан
НАО «Медицинский университет Астана»

УДК 377.5:371.124(575)
МПК А61В5/0205; А61В5/087; А61Р11/00

На правах рукописи

ПІРМАҒАМБЕТОВА ЖҰЛДЫЗАЙ ҚАНАТҚЫЗЫ

**Медико-организационные основы оказания медицинских услуг детям
раннего возраста с болезнями органов дыхания**

6М110200 - Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание академической степени
магистра медицинских наук

Научный руководитель:
кандидат медицинских наук,
Р.К.Секенова

Республика Казахстан
Нур-Султан, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ | 3 |
| ОПРЕДЕЛЕНИЯ..... | 4 |
| ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ | 5 |
| СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ | 6 |
| ВВЕДЕНИЕ..... | 8 |
| ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР..... | 11 |
| ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ..... | 27 |
| 2.1 Программа исследования | 27 |
| 2.2 Методы исследования..... | 29 |
| ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ | 31 |
| 3.1 Изучение косвенных объективных факторов, влияющих на качество медицинской помощи детям раннего возраста с заболеваниями органов дыхания г. Нур-Султан (на примере МГДБ№1) | 31 |
| 3.2 Анализ причин возникновения и структуры жалоб и обращений, касающихся качества оказания медицинских услуг детям раннего возраста с заболеваниями органов дыхания и оценка их удовлетворенность в многопрофильной городской детской больнице №1 г. Нур-султан | 40 |
| ГЛАВА 4. ОБОСНОВАНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ ЖАЛОБ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ..... | 50 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 54 |
| ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ..... | 56 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ | 57 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ А | 64 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Б..... | 67 |

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие нормативно-правовые акты:

1.Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана, 5 октября 2018 г. «Рост благосостояния казахстанцев: повышение доходов и качества жизни»

2.Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», 18 сентября 2009 года №193-IV (с изменениями и дополнениями по состоянию на 30 сентября 2019 года № 721.)

3.Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства», по дальнейшему развитию страны и вхождению в число 30-ти наиболее развитых стран мира к 2050 году

4.Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана: Стратегия “Казахстан-2030” на Новом этапе развития Казахстана

5. Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2020 гг. от 15 января 2016 года, №176

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

| | |
|--------------------------|---|
| Анкетирование | - является основным инструментом опроса и представляет собой социологический документ, содержащий структурно-организованный набор вопросов, каждый из которых связан с задачами проводимого исследования. Эта связь выражается в необходимости получения информации, отражающей характеристики изучаемого объекта |
| Кадровая политика | - совокупность целей и принципов, которые определяют направление и содержание работы с персоналом |
| Кадровое планирование | - представляет собой совокупность основных подходов организации к разработке системы воздействий на персонал для реализации выработанной стратегии развития организации |
| Рекрутинг | - это бизнес-процесс, являющийся одной из основных обязанностей HR-менеджеров или рекрутеров |
| Организационная культура | - это нормы и ценности, которые разделяются абсолютным большинством членов организации или предприятия, а также внешние их проявления (организационное поведение). Основные функции: внутренняя интеграция (дает понятие всем членам структуры о форме их взаимодействия друг с другом) |
| Преимственность | - координированная работа до- и госпитального этапов лечебно-диагностического процесса обеспечивает эффективность медицинской помощи населению |

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

| | |
|----------|--|
| БОД | - болезни органов дыхания |
| ГОБМП | - гарантированный объем бесплатной медицинской помощи |
| ДООЗ | - департамент областного общественного здравоохранения |
| ИБДВ | - интегрированное ведение болезней детского возраста |
| МГДБ №1 | - многопрофильная городская детская больница №1 |
| МГДБ №2 | - многопрофильная городская детская больница №2 |
| МЗ | - Министерство здравоохранения |
| МО | - медицинская организация |
| МУ | - медицинская услуга |
| ОПН | - отделение патологии новорожденных |
| ОПРВ | - отделение патологии раннего возраста |
| ОШ | - оценка шансов |
| ПДО | - приемно-диагностическое отделение |
| Пед. №2 | - отделение педиатрии №2 |
| Пед. №3 | - отделение педиатрии №3 |
| ПК | - повышение квалификации |
| РК | - Республика Казахстан |
| РКИ | - рандомизированные клинические исследования |
| РФ | - Российская Федерация |
| СВА | - семейная врачебная амбулатория |
| США | - Соединенные штаты Америки |
| УОЗ | - управление общественного здравоохранения |
| CG-SANPS | - оценивает опыт пациентов с медицинскими работниками |
| FIT | - теория вмешательства с обратной связью |
| JCI | - объединенная международная комиссия |

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

| | | |
|------------|---|----|
| Таблица 1 | Смертность детей 0-5 лет (на 1000 родившихся) по регионам | 22 |
| Таблица 2 | Заболеваемость детей 0-5 лет (на 1000 родившихся) в Казахстане по регионам | 23 |
| Таблица 3 | Структура заболеваемости детей 0-5 лет (на 100 000 детей) в Казахстане | 24 |
| Таблица 4 | Болезни органов дыхания у детей 0-5 лет на 1000 детей | 25 |
| Таблица 5 | Материалы и методы исследования | 29 |
| Таблица 6 | Программа и методы исследования | 31 |
| Таблица 7 | Укомплектованность кадрами МГДБ №1 | 34 |
| Таблица 8 | Потребность в медицинских работниках для детского населения в МГДБ №1 | 35 |
| Таблица 9 | Текучесть медицинских кадров МГДБ №1 | 35 |
| Таблица 10 | Категорийность медицинских работников МГДБ №1 | 36 |
| Таблица 11 | Средняя заработная плата медицинских работников МГДБ №1 | 36 |
| Таблица 12 | Жалобы и обращения от населения | 36 |
| Таблица 13 | Структура жалоб от населения МГДБ №1 | 38 |
| Таблица 14 | Структура летальности детей МГДБ №1 | 39 |
| Таблица 15 | Структура заболеваемости детей МГДБ №1 | 40 |
| Таблица 16 | Половозрастная характеристика респондентов | 41 |
| Таблица 17 | Порядок госпитализации респондентов МГДБ №1 | 41 |
| Таблица 18 | Оценка структуры удовлетворенности респондентов на основании анкетирования в 2019 г. | 43 |
| Таблица 19 | Оценка удовлетворенности респондентов по пятифакторной шкале и пятибалльной оценке | 45 |
| Таблица 20 | Сроки оформления госпитализации в плановом порядке | 46 |
| Таблица 21 | Покупка лекарственных средств и оплата услуг | 47 |
| Таблица 22 | Причина обращений в стационар | 48 |
| Таблица 23 | Информированность родителей (детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания) о рейтинге МГДБ №1 | 49 |
| Таблица 24 | Обоснование практических рекомендаций на основании проведенного анкетирования | 53 |
| Рисунок 1 | Структура заболеваемости детей 0-5 лет в Казахстане | 25 |

| | | |
|------------|---|----|
| Рисунок 2 | Болезни органов дыхания у детей 0-5 лет в Казахстане на 2018г. | 26 |
| Рисунок 3 | Структура МГДБ №1 | 33 |
| Рисунок 4 | Структура МГДБ №2 | 33 |
| Рисунок 5 | Анализ жалоб и обращений от населения на качество медицинской помощи детям в стационаре в МГДБ №1 | 37 |
| Рисунок 6 | Структура жалоб от населения в МГДБ №1 | 39 |
| Рисунок 7 | Порядок госпитализации пациентов | 42 |
| Рисунок 8 | Удовлетворенность качеством медицинской помощи по пяти бальной оценке | 44 |
| Рисунок 9 | Оценка удовлетворенности пациентов | 46 |
| Рисунок 10 | Покупка лекарственных средств и оплата услуг | 47 |
| Рисунок 11 | Причины обращения в данную медицинскую организацию | 48 |
| Рисунок 12 | Информированность родителей о рейтинге МГДБ№1 | 49 |
| Рисунок 13 | Управленческие предложение (метод «дерево целей») для улучшения качества медицинской помощи детскому населению с патологией органов дыхания | 51 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Согласно Послания Президента народу Казахстана «Рост благосостояния казахстанцев: повышение доходов и качества жизни» - качество медицинских услуг является важнейшим компонентом социального самочувствия населения [1].

Один из его ключевых приоритетов Стратегии «Казахстан-2050» – это обеспечить предоставление качественных и доступных медицинских услуг [2].

Задачами Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» является совершенствование профилактики и управления заболеваниями [3].

Болезни органов дыхания являются актуальной проблемой здравоохранения во всем мире. Для обоснованных управленческих решений на региональном уровне необходима оценка ситуации, включающей уточнение уровня заболеваемости, изучение структуры нозологий на исследуемой территории, особенностей оказания медицинской помощи и т.д. [4-6].

В последние годы, при оценке эффективности деятельности медицинских организаций - удовлетворенности пациента при взаимодействии с системой здравоохранения - придается все возрастающее значение. Несмотря на субъективность критерия «удовлетворенность» при оценке деятельности системы здравоохранения, удовлетворенность медицинской помощью, как критерий качества медицинской помощи, введена в международные и отечественные нормативно-правовые акты. ВОЗ рассматривает проблему качества медицинской помощи и факторы, влияющие на это качество, с четырех позиций: максимальное выполнение профессиональных функций, оптимальное использование ресурсов, минимальный риск для пациента и максимальная удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой

Неудовлетворенность населения оказанной медицинской помощью ведет к росту числа обращений в органы управления здравоохранением, страховые медицинские организации, а также в судебные инстанции.

В последние годы в Казахстане отчетливо прослеживается тенденция к существенному увеличению количества гражданских исков по поводу ненадлежащего качества оказания медицинской услуги, что стало широко отражаться в средствах массовой информации.

Обратная связь от населения на качество медицинской помощи осуществляется также через интернет, а от числа положительных отзывов зависит имидж медицинской организации и конкурентоспособность медицинской услуги в целом.

В 2013 году в России проводилось исследование по изучению удовлетворенности взрослых пациентов медицинской помощи в поликлиниках. Но целью данного исследования было изучение современного состояния удовлетворенности взрослых пациентов поликлиник медицинской помощью в зависимости от их структурно-функциональных подразделений разработка и внедрение комплекса медико-организационных мероприятий по ее повышению.

Также анализ статистических данных структуры заболеваемости детей показал, что с 2016 по 2018 гг. в РК отмечается рост заболеваемости болезнями органов дыхания у детей раннего возраста: 2016год – 781,0; 2017год – 842,2; 2018год – 692,0 (на 100 000 детей).

Таким образом, изучение научной литературы, анализ статистических данных по РК позволили сделать вывод о несомненной актуальности изучения проблемы удовлетворённости оказанием медицинской помощи родителям детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания методом анкетного опроса.

Цель работы: оценить удовлетворенность качеством медицинских услуг родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания.

В соответствии с целью исследования поставлены **следующие задачи:**

1. Изучить международный опыт причин возникновения, характера жалоб и обращений, касающихся качества оказания медицинских услуг детям раннего возраста с заболеваниями органов дыхания.

2. Провести анализ причин возникновения и структуры жалоб и обращений, касающихся качества оказания медицинских услуг путем анкетирования родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания и оценить их удовлетворенность в многопрофильной городской детской больнице №1 г. Нур-Султан.

3. Разработать рекомендации для повышения удовлетворенности качеством медицинских услуг детям раннего возраста с заболеваниями органов дыхания.

Объект исследования: 50 родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания находящихся на стационарном лечении в МГДБ№1.

Предмет исследования: удовлетворенность качеством оказания медицинских услуг родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания.

Научная новизна исследования.

1. Разработана анкета для изучения удовлетворенности родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания качеством медицинской помощи на основе 5 шкал: питание, коммуникативные навыки, риск-менеджмент, доступность, профессионализм.

2. Изучены причины и структура жалоб и обращений, касающихся качества оказания медицинских услуг детям раннего возраста с заболеваниями органов дыхания.

Практическая значимость исследования.

Проведенное научное исследование позволило изучить основные причины и недостатки в организации медицинской помощи детям раннего возраста с заболеваниями органов дыхания. Используемый в данном исследовании метод анкетирования респондентов, в дальнейшем может быть использован при проведении регулярного аудита качества медицинских услуг и использование предложенного нами алгоритма «дерево целей» позволит улучшать показатели медицинских организаций.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. При анализе показателей заболеваемости в структуре нозологии стационарных больных в медицинских организациях РК лидирующее место у детского населения – заболевание органов дыхания.

2. Неудовлетворенность пациентов в детской больнице – это низкая организация питания, недостаточная информированность населения и недостаточные коммуникативные навыки медицинских работников. Выявлены факторы нарушения преемственности в организации оказания медицинских услуг детям раннего возраста на уровне ПМСП (основная доля пациентов поступали экстренно).

Апробация диссертации

Международная научно-практическая конференция студентов и молодых ученых «Наука и медицина: современный взгляд молодежи», Нур-Султан, октябрь 2019 года.

Результаты работы были опубликованы автором:

- Управленческое решение методом причинно-следственной связи, Астана Медициналық журналы, ISSN 1562-2940, г. Нур-Султан. - 2019. - №4. –с. 101-106.

- Анализ смертности детей до 5 лет в Республике Казахстан, СБОРНИК ТЕЗИСОВ Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Медицинская наука и образование: молодость и стремление - 2019». 1-2 октября 2019 г. – Нур-Султан. – с. 361.

Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 68 страниц, содержит 13 рисунка, 24 таблиц, 2 приложения, 83 источников в списке литературы.

ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

В государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016 – 2019 годы снижение показателей материнской, младенческой и детской смертности является одним из основных направлений [3].

Ежедневно миллионы родителей обращаются в больницы, центры здравоохранения, аптеки, к врачам и народным целителям за медицинской помощью больным детям. Результаты обзора свидетельствуют о том, что поставщики медико-санитарных услуг не оценивают надлежащим образом состояние многих больных детей, не предоставляют им надлежащего лечения и не дают их родителям правильных советов [4-6].

В медицинских учреждениях первого уровня в странах с низким уровнем дохода диагностическая поддержка, такая как радиологические и лабораторные услуги, является минимальной или отсутствует вообще, а лекарства и оборудование часто имеются в крайне незначительном количестве. Ограниченное количество средств, материалов и оборудования в сочетании с нерегулярным потоком пациентов оставляет врачам на этом уровне немного возможностей для проведения сложных клинических процедур.

Эти факторы способствуют тому, что предоставление качественной помощи больным детям становится серьезной проблемой. Для ее решения ВОЗ и ЮНИСЕФ разработали стратегию под названием Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ).

ИВБДВ является комплексным подходом к охране здоровья детей, в центре которого находится здоровье ребенка в целом. Стратегия включает три основных компонента:

1. Улучшение навыков работников здравоохранения в области ведения пациентов
2. Улучшение общих систем здравоохранения
3. Улучшение практики здравоохранения на уровне семей.

В медицинских организациях стратегия ИВБДВ способствует точному определению детских болезней в поликлиниках, обеспечивает надлежащее комбинированное лечение всех основных болезней, улучшает консультирование лиц, осуществляющих уход за детьми, и ускоряет направление тяжело больных детей к надлежащим специалистам [7-8].

Обзор международной литературы показал, что по последним оценкам причин детской смертности в 2010 году в США, с 2000 года имеется следующая статистика: из 7,6 миллионов случаев смерти среди детей младше 5 лет в 2010 году - 64,0% были связаны с инфекционными причинами, а 40,3% произошли у новорожденных. Осложнения преждевременных родов, осложнения, связанные с родами и сепсис или менингит (5,2%) были основными причинами смерти новорожденных. У детей старшего возраста пневмония (14,1%), диарея (9%) и малярия (4%) унесли большинство жизней. Несмотря на огромные усилия по выявлению соответствующих данных, в 2010 году с медицинской точки зрения

были подтверждены причины только 2,7% смертей среди детей младше 5 лет. Глобальное бремя смертности среди детей младше 5 лет уменьшилось на 2 миллиона, из которых пневмония, корь и диарея в наибольшей степени способствовали общему снижению [9].

По данным Российских ученых, дети в возрасте до 10 лет, в особенности 0-4 года, наиболее подвержены заболеваниям органов дыхания, рост их численности ведет к пропорциональному росту детской заболеваемости БОД и, следовательно, растет нагрузка на лечебные учреждения региона. При этом частота первичных БОД у детей до 15 лет была в 1,7-1,9 раза больше, чем у подростков [5].

Данные д.м.н. Российской Федерации Ильенковой Н.А. подтверждают, что высокие показатели заболеваемости и смертности детей от респираторной патологии определяют необходимость поиска научно – обоснованных мер по оптимизации диагностики, лечения и профилактики заболеваний системы органов дыхания. В настоящее время многочисленными эпидемиологическими исследованиями доказана связь между перенесенным в раннем детском возрасте заболеванием нижних дыхательных путей и развитием в последующем хронической легочной болезни у взрослых. Решение подобных задач на региональном уровне невозможно без глубокой оценки ситуации, включающей уточнение уровня заболеваемости, изучение структуры нозологий в территории, особенностей оказания медицинской помощи и т.д. В связи с этим проведение специальных исследований является актуальным и значимым [4].

2014 году в работах Канадских ученых отмечено, что пневмония является второй по значимости причиной детской смертности во всем мире [10]. Аудит больничной помощи широко используется в качестве стратегии повышения качества медицинской помощи. Клинический аудит включает измерение эффективности работы клинических бригад при оказании медицинской помощи. Эффект аудита усиливается, когда он сочетается с обратной связью, когда предоставляют информацию об эффективности работы отдельного медработника или клинической команды. Предложенный механизм, с помощью которого аудит и обратная связь улучшают показатели в больницах, заключается в выявлении и уменьшении расхождений между текущей и желаемой эффективностью. Вмешательства, которые более эффективно используют аудит и обратную связь, обеспечивают возможную стратегию для продвижения желаемой клинической эффективности после изменений в политике здравоохранения [10-14].

Аудит и обратная связь давно используются для улучшения качества медицинской помощи, хотя и с переменными результатами. В 2009 году в США был проведен мета-анализ, где результаты анализа показали, что эффективность обратной связи повышается, когда предоставляется обратная связь с конкретными предложениями по улучшению. Другие характеристики обратной связи также могут потенциально повысить эффективность. Предполагается, что в качестве формы анкетирования улучшается производительность, предлагая поставщикам текущую информацию о производительности и мотивации для

улучшения. В своей работе исследователи сформулировали FIT (теория вмешательства с обратной связью) и представили надежную мета-аналитическую поддержку его принципов, тем самым развеяв распространенное тогда мнение, что все вмешательства с обратной связью были эффективными. Согласно FIT, поведение регулируется путем сравнения обратной связи с иерархически организованными целями или стандартами (например, поставщики, берущие кровь у пациента, делают это таким же образом, пока не заметят, что они не соответствуют определенному стандарту, например, пациенты, жалующиеся на болезненные взятия крови). Внимание ограничено и обычно направлено на умеренный уровень иерархии; только пробелы, на которые обращают внимание, могут измениться [15].

Таким образом, вмешательства с обратной связью работают, предоставляя новую информацию, которая перенаправляет внимание получателей либо к задаче, либо к ней (то есть к проблеме клинической эффективности, о которой идет речь, например, назначение соответствующих лекарств). Явления, которые перенаправляют внимание на детали задачи, имеют тенденцию усиливать влияние обратной связи на выполнение задачи; явления, которые отвлекают внимание от задачи, как правило, ослабляют этот эффект [15-16].

Американские исследователи в 2009 году предположили, что три фактора определяют, насколько эффективно происходит обратная связь [15]:

- характеристики самой обратной связи
- характер выполняемой задачи
- личность исследователя.

В своем мета-аналитическом тесте FIT, исследователи обнаружили несколько характеристик обратной связи, которые значительно повлияли на эффективность:

1) обескураживание (предоставление обескураживающего словоблудия) и устная обратная связь

2) скорость (количество изменений в производительности после последнего анализа с обратной связью), правильная информация о решении (информация, которая помогает получателю обратной связи увидеть, что должно измениться, чтобы улучшить производительность) [15].

По данным социального мониторинга, в США уровень удовлетворенности медицинской помощью находится в диапазоне от 65 до 90%, в Великобритании - от 40 до 50%. Цифровые технологии позволяют достичь удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, а именно реализация доступности, оперативности и мобильности. Кроме этого, в разных странах, исследователи подтверждают связь удовлетворенности врачей с удовлетворенностью пациентов качеством медицинской помощи. Целесообразным и доступным является изучение данной проблемы сквозь призму удовлетворенности не только пациентов, но и населения и врачей с последующей разработкой мероприятий по повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе. Проведенные до настоящего времени исследования показали, что профессиональное благополучие врачей может

способствовать повышению удовлетворенности пациентов и межличностных аспектов ухода. Эти выводы могут помочь в формировании политики в отношении благополучия врачей и качества медицинской помощи [17-24].

2014 году в Американскими учеными проведено ретроспективное исследование об улучшении качества, полученные в результате опросов пациентов CG-SAHPS, а также в рамках инициативы по улучшению качества в отделении с использованием опросов с обратной связью, охватывающих 360 градусов (Quality PULSE 360 с сотрудниками). Исследование проводилось методом двухфакторного анализа для выявления значимых взаимосвязей для включения переменных исследования в многомерный линейный анализ. Во всех анализах более высокого порядка оценки CG-SAHPS рассматривались как зависимые переменные, тогда как оценки PULSE 360 служили в качестве независимых переменных. Этот подход позволил определить наиболее прогнозируемую линейную модель для каждого показателя эффективности CG-SAHPS: общая удовлетворенность; рекомендация врача; уважение и ясность объяснения врача. Результаты показали, как пациенты могут воспринимать поведение своих врачей и наоборот. Кроме того, полученные данные обеспечивают предварительную поддержку использования групповой обратной связи для улучшения качества отношений как с коллегами, так и с пациентами. Процесс 360-градусного опроса может предложить врачам эффективный инструмент для получения отзывов о поведении, которые могут непосредственно повлиять на вознаграждение и репутацию на практике или могут быть использованы для получения бонусов для стимулирования повышения профессионализма команды и удовлетворения пациентов, то есть «оплаты за профессионализм» [25-26].

Также в 2007 году для изучения влияния возрастных и гендерных показателей по удовлетворенности в штате Нью-Йорк учеными проведено перекрестное исследование 4616 пациентов с возрастным диапазоном 18-65 лет уровня удовлетворенности врачами первичной помощи показало, что пациенты, которых лечил врач в течение 1 года или меньше, оценивали врачей-мужчин выше, чем женщин-врачей. Эта гендерная разница исчезла через 1 год, но две черты характера врача, открытость и добросовестность, были связаны с оценками пациентов в более длительных отношениях между пациентом и врачом. Пациенты сообщают, что они более довольны врачами, которые имеют относительно высокую открытость и среднюю добросовестность. Пожилые пациенты имеют более высокие оценки, чем более молодые [27].

Аудит и обратная связь будут оставаться ненадежным подходом к улучшению качества, пока мы не узнаем, как и когда это работает лучше всего. Концептуализация аудита и обратной связи в теоретических рамках предлагает путь продолжать использовать данный инструмент при оценке качества медицинской помощи. Исследователи Великобритании 2005 году провели систематический обзор аудита и обратной связи, который выявил и оценил 85 рандомизированных исследований. В результате обзора были сделаны следующие выводы: аудит и обратная связь могут улучшить профессиональную

практику, хотя эффекты, как правило, небольшие или умеренные; эффективность существенно различается в разных исследованиях; различия могут быть связаны с различными методами обеспечения обратной связи или контекстными факторами [28-29].

В результате исследования ученых из Нидерланды, проспективное рандомизированное исследование с последующим наблюдением через год показало, что обратная связь о качестве медицинской помощи от коллеги врача была более эффективной, чем от нейтрального наблюдателя (не врача) [30].

Совместные работы исследователей Канады и Австралий: анализ из 140 РКИ, включенных в Кокрановский обзор показал, что обратная связь наиболее эффективна, когда: представлена руководителем или авторитетным коллегой; при этом систематически; с указанием конкретных целей и планов действий [31].

Высокое качество медицинской помощи является главной целью функционирования системы здравоохранения. В последние годы оценке эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений удовлетворенности пациента при взаимодействии с системой здравоохранения придается все возрастающее значение. Несмотря на субъективность критерия «удовлетворенность» при оценке деятельности системы здравоохранения, удовлетворенность медицинской помощью, как критерий качества медицинской помощи, введена в международные и отечественные нормативно-правовые акты [32-33].

Согласно концепции ВОЗ, одной из трех основных целей системы здравоохранения, это обеспечение медицинской помощи соответственно ожиданиям пациентов. В современной системе здравоохранения удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи – обязательное условие медицинской деятельности [34].

На сегодняшний день отмечается недостаточный уровень сформированности коммуникации у медицинского персонала [35]. Основной показатель неудовлетворенности пациентов, имеет место в некорректной коммуникации, а не в профессиональной компетенции медицинского работника. Один из них это: недостаточное понимание объяснения диагноза, тактики обследования, лечения. Некоторые исследователи считают, что профессиональная медицинская лексика напрямую влияет на коммуникацию «врач-пациент» [36-37].

По данным Российских ученых, доступное общение врача с пациентом позволяет миновать непонимания, конфликтные ситуации и достичь нужного результата. Развитая коммуникация между медицинским персоналом и пациентом формирует доверие к оказываемой помощи и благоприятно влияет на отношение [38-39].

Нынешний уровень информационных технологий, безграничная общедоступность и объем медицинской информации в Интернет ресурсах и других СМИ повышает уровень информационной культуры населения, формируя недостоверное представление о заболеваниях становится более

предпочтительным инструментом, приводит к недоверию в компетенции медицинского персонала [40,41].

Одним из факторов влияющих на выздоровление пациентов является правильное питание. Фактор питания в стационаре является важным компонентом лечения, способствует реабилитации, выздоровлению. Организация питания в учреждениях здравоохранения — непростой процесс, координируемый рядом законодательных и нормативных документов [42]. Лечебное питание также результативно, как и лекарственное воздействие [43]. Эффективность качества лечения в стационаре взаимосвязано с качеством питания [44].

На сегодняшний день данные о лечебных диетах формируются вручную, и приводят к проблемам назначения диеты [45]. Оптимизация организации лечебного питания с применением автоматизации этапов работы, дает возможность экономить время работы, и избежать возможные ошибки при учете вручную [46].

Имеющиеся недостатки в лечебном питании во многом связаны с отсутствием у медицинского персонала соответствующих знаний, а также с отсутствием должного специалиста [47].

На современном этапе развития здравоохранения задачей организации преемственности медицинской помощи является, рентабельно и бережливо использовать ресурсы здравоохранения, повысить доступность и качество медицинской помощи. В настоящее время не всегда имеется преемственность между ЛПО, преобразование работы амбулаторно-поликлинической службы и стационаров, СМП, а также ВСМП, нуждается в изучении и разработки методов их взаимодействия, что в значительной степени влияет на качество медицинской помощи и удовлетворенность пациентов [48]. Согласно работам авторов Шеймана И.М. и Шевский В.И., описывается что формирование в ведущих западных странах, как США, Германия, Великобритания, Франция, крупных больничных и амбулаторно-стационарных объединений положительно влияет на показатели качества медицинской помощи и снижение удельных затрат на одну госпитализацию, но вместе с этим отсутствуют однозначные свидетельства результативности функционирования медицинских объединений [49].

Также отмечается что пациенты по сравнению с амбулаторной помощью, более удовлетворены стационарной медицинской помощью. Квалификация медицинского персонала, уход за пациентом оценивались высоко, а неудовлетворенность больше всего вызвано условием пребывания в стационаре (питание, санитарное состояние помещений, инвентаря и др.) [50].

В Республике Казахстан в 2012 году 02 октября был утвержден приказ МЗ РК № 676 "Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций", с внесением изменений и дополнении Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 июня 2018 года Приказ № 325. В соответствии с данным приказом проводится аккредитация медицинских организации с целью оценки качества и безопасности медицинских услуг пациентам. При проведении

аккредитации проводится изучение удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг.

В современном информационном пространстве пациенты активно принимают участие в процессе лечения.

Уполномоченные органы здравоохранения и неправительственные организации должным образом создают всевозможные каналы сообщения для сбора обращений пациентов – это телефоны горячей линии; электронные адреса; блоги; социальные сети, ящики для сбора жалоб и предложений; канцелярии организаций; часы личного приема и др.

Согласно стандартам JCI, неудовлетворенность услугами пациента, либо благодарность, и традиционная модель «врач-пациент» меняется к более равноправной позиции обеих сторон. Выражение жалоб и предложений пациентами – это глобальная тенденция, и являются индикатором качества системы и процессов, чем оперативно организаторы здравоохранения примут это, тем раньше возможно усовершенствовать медицинскую помощь [51-52].

Актуальность вопроса качества медицинской помощи в последние годы возросла во всем мире. К разработке стандартов качества медицинской помощи с начала 90 годов приступили страны Европы и США. Основной причиной возросшей актуальности является рост стоимости МУ без адекватного повышения качества МУ.

В Казахстане система управления качеством медицинской помощи начала формироваться с этапа внедрения в 1996 году новой формы системы здравоохранения - страховой медицины и в данный период были разработаны механизмы экспертного контроля, а еще предусматривались созданные индикаторы качества - удовлетворенность населения качеством медицинских услуг[53-62].

Анализ учеными России определило, что на уровень удовлетворённости в большей степени влияют: частота посещения поликлиники (уровень удовлетворённости снижается при уменьшении частоты посещения) и материальный доход населения (уровень удовлетворённости снижается с увеличением материального дохода).

На формирование удовлетворенности пациентов медицинской помощью влияют многие факторы: квалификация и профессионализм медицинского персонала, межличностные взаимоотношения, условия оказания помощи, ее результат и т. д. Должно наблюдаться соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню развития медицинской науки и техники. В настоящее время изучение состояния удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи представляется важным с позиций понимания тех аспектов, которые сохранили актуальность и значимость в формировании удовлетворенности после проведения комплекса мероприятий по модернизации системы здравоохранения [63-66].

Состояние здравоохранения во многом определяется по удовлетворённости медицинских работников медицинской помощью. Ряд

исследователей отмечают необходимость анкетирования по вопросам удовлетворённости оказанием медицинской помощи не только пациентов, но и самих медицинских работников, поскольку данная категория опрашиваемых позволяет отразить мнение целой группы пациентов и рассматриваться в качестве экспертной оценки данного показателя [64-66].

Удовлетворённость потребителя - это восприятие степени выполнения его требований [67].

Желание получить медицинскую помощь относится к потребностям безопасности. Данная потребность является одной из базовых и находится в основании «пирамиды потребностей» по А. Маслоу, она только на ступень выше, чем удовлетворение физиологических потребностей. Чем больше потребностей удовлетворено у человека, тем выше его запросы к себе и окружающим. Запросы переходят в ожидания. Таким образом, соответствие между ожиданиями в отношении медицинской помощи и возможностями их реализовать является ключом к удовлетворенности пациентов.

Проводимые в последние годы реформы здравоохранения в Российской Федерации ставят вопрос о создании адекватных методов изучения и оценки удовлетворённости пациентов медицинской помощью [64].

Таким образом, одним из основных показателей качества медицинских услуг многими исследователями признаётся удовлетворённость пациентов оказанием медицинской помощи [68-76].

В практических рекомендациях ВОЗ - Качество медицинской помощи. Информационный бюллетень ВОЗ для руководителей здравоохранения, 2005 года - удовлетворённость пациентов медицинской помощью является одним из четырёх компонентов, определяющих её качество.

Пациент-ориентированное здравоохранение - это изучение общественного мнения об удовлетворённости медицинской помощью. Субъективные ответы респондентов могут объективно отражать работу системы здравоохранения при соблюдении репрезентативности выборки, что позволяет делать научно обоснованные выводы. Оценка удовлетворённости оказанием медицинских услуг в динамике позволяет управлять эффективностью и результативностью лечебно-диагностического процесса.

Социальная эффективность качества медицинской помощи осуществляется с помощью анкетирования и опроса пациентов и населения по вопросам удовлетворённости медицинской помощью. Взгляд пациента на оказание медицинской помощи может существенно повлиять на реорганизационные изменения в структуре здравоохранения, а соответственно, и на разработку адекватных организационных мероприятий. Полученные на основе опроса результаты являются механизмом «обратной связи» между поставщиком и потребителем медицинских услуг.

По методическим рекомендациям РФ, с развитием информационных технологий представляется возможным проводить анкетирование с помощью телефонного опроса или опроса через интернет-ресурсы, такой метод

экономически оправдан, однако не все потребители медицинских услуг оставляют достоверную информацию для связи с ними [66].

В структуре причин обоснованных жалоб отмечают взимание денежных средств, неудовлетворительную организацию работы медицинского персонала, отказ в медицинской помощи. Наиболее частой причиной жалоб является недостаточная осведомленность пациентов об определенных аспектах медицинской помощи. Причины неудовлетворённости можно разделить на две группы: неудовлетворённость организационными моментами МО, материально-технической базой, лечебно-диагностическим процессом, отношением медицинского персонала и вторая причина - зависящие от пациента - необоснованные запросы и требования к медицинскому персоналу, невыполнение медицинских рекомендаций и, как следствие, снижение эффекта лечения.

Первое место в совокупной структуре причин обращений граждан занимает ненадлежащее качество медицинской помощи, второе - дефекты в обеспечении лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, третье - отказ в оказании медицинской помощи. По мнению специалистов, рассматривающих обращения, главной причиной недовольства пациентов являются завышенные требования потребителей медицинских услуг к результатам лечения [68-76].

Одним из важных аспектов удовлетворённости пациентов оказанием медицинской помощи является отношение к ним персонала. В последнее время в связи с развитием и активным использованием современного высокотехнологичного оборудования наблюдается тенденция к снижению внимания врача к личностным факторам и эмоциональному состоянию пациента. Для повышения результативности лечения необходимо предоставлять пациенту полную информацию о его диагнозе, прогнозе, лечении и дальнейшей профилактике заболевания. Степень удовлетворённости потребителей предоставляемыми услугами зависит от бытовых условий: условия пребывания в стационаре и поликлиниках и уровень сервисных услуг [68-76].

Социально-гигиеническая характеристика пациентов оказывает существенное влияние на уровень удовлетворённости. Так, лица с хроническими заболеваниями лишь в 15% случаев полностью удовлетворены медицинской помощью [63-66]. Респонденты с доходом выше среднего или высоким в 2,5 раза чаще удовлетворены медицинской помощью, чем опрошенные с низким доходом, что обусловлено возможностью получать медицинские услуги в частных центрах. Пациенты в возрасте до 40 лет большее внимание уделяют состоянию материально-технической базы и возможности получения современного обследования и лечения, в то время как для пенсионеров важной составляющей является отношение медицинского персонала. Для мужчин основным критерием удовлетворенности оказанием медицинской помощи является улучшение состояния здоровья, для женщин - уважительное и внимательное отношение медиков [66].

Среди факторов, влияющих на неудовлетворённость, отмечают также длительное ожидание врача, невнимательность медицинских работников, отсутствие и недостаток медикаментов. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в 2008 году провела Всероссийское социологическое исследование мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи в Российской Федерации, в котором приняли участие около 39 тысяч респондентов из 83 субъектов Российской Федерации. По его результатам, уровень удовлетворённости колебался от 22,86% до 39,3%, что подтверждает необходимость разработки единых методологических подходов по вопросам удовлетворённости медицинскими услугами. Уровень удовлетворенности населения медицинской помощью находится в диапазоне от 50,9% на амбулаторно-поликлиническом этапе до 70,3% на стационарном этапе [68-76].

Международное руководство по моделям медицинской помощи подчеркивает важность хорошего качества, постоянных отношений между пациентом и врачом для поддержки высококачественной и эффективной медицинской помощи. В 2018 году ученые Австралии провели систематический обзор для выявления вопросников, ранее разработанных или использованных для оценки качества отношений между пациентами и врачами в базах данных MEDLINE, PubMed, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) и SCOPUS, опубликованные в период с 2009 по 2017 год показал, довольно разнообразие. Двадцать семь исследований соответствовали критериям приемлемости, включая 14 уникальных вопросников. Анкеты были разнообразны по длине, объему, направленности и уровню проверки достоверности. Пять вопросников были сочтены неосуществимыми для использования в будущем из-за размера и отсутствия разработок. Три анкеты считались наиболее сильными кандидатами для использования в будущей работе, поскольку они соответствовали теме и обстановке первичной медицинской помощи. Этими тремя анкетами были шкалы непрерывности медицинского обслуживания по уровням, обслуживания, которые пользуются в Испании, анкета непрерывности Неймегана в Нидерланды и инструмент «Глубина отношений между пациентом и врачом» в Германии [77].

Изучение удовлетворенности пациентов – субъективный индикатор качества медицинских услуг, который является обязательным в каждой медицинской организации Казахстана.

В соответствии с Законом РК от 19 мая 1997 года "Об охране здоровья граждан в РК", Указом Президента Республики Казахстан "О государственной программе "Здоровье народа", постановлением Правительства Республики Казахстан от 10 сентября 1999 года № 1364 "О создании Республиканского государственного казенного предприятия "Денсаулык" Министерства здравоохранения, образования и спорта Республики Казахстан", в целях повышения качества медицинской помощи, уровня и эффективности деятельности лечебно-профилактических организаций, а также достижения удовлетворенности пациентов оказанными медицинскими услугами

(Приложение А), была утверждена Концепция управления качеством гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Согласно посланию Первого Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева, в 2009 году было поручено усовершенствовать управление качеством медицинских услуг с применением новейших технологий и науки. За последние 10 лет в Министерством Здравоохранения Республики Казахстан проведена большая работа по контролю качества медицинских услуг и удовлетворенности пациентов.

В настоящее время оценка качества медицинских услуг в медицинской организации, правила проведения независимой медицинской экспертизы, правила организации деятельности врача-эксперта оцениваются на основании Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 июня 2018 года № 325 с внесением изменений и дополнений "Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций". Согласно которому члены аккредитации проводят изучение удовлетворённости пациентов и медицинских работников. Стандарты, имеющиеся в Приказе МЗ РК №325 от 5 июня 2018 года "Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций" приближены к международным стандартам и стандартам ВОЗ.

Согласно литературным данным, отечественные ученые совместно с учеными России 2017 году проводили изучение удовлетворенности качеством медицинской помощи среди пациентов стационара городов Алматы, Семей и Актобе, проводилось в поперечном исследовании 923 пациента. Результаты количественного анализа показали неудовлетворенность в первую очередь – качеством больничного питания (ОШ 4,2) и недостаток взаимодействия врача и пациента (ОШ 6,3), отсутствие достаточного объяснения врача относительно новых объяснений (ОШ 3,8) [78].

Результаты анкетирования 1194 респондентов старше 45 лет среди жителей г.Алматы специально обученными интервьюерами посетили респондентов на дому: удовлетворенность качеством составила 55,7% и большая неудовлетворенность представлена недоверием врачам, которое повышало шансы в 19 раз. Исследователи предложили управленческие решения, направленные на организационные мероприятия по внедрению персонифицированной медицины [79].

В Южно-Казахстанской области 2017 году проведено поперечное исследование, направленное на оценку удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи методом анонимного анкетирования в 34 поликлиниках всего 1734 пациента. Уровень удовлетворенности составил 72,1%. Основная проблема пациентов – это запись на прием к врачу и при обслуживании недостаточное внимание к пациенту. При этом исследователи обратили внимание, что респонденты мужского пола склонны больше к негативной оценке в 1,3 раза [80].

При оценке качества медицинской помощи по пятибалльной системе, пациенты стали меньше ставить «5» баллов – такие результаты были получены в 2013 году независимом социологическом исследовании по анализу и оценке

удовлетворенности населения качеством медицинском помощи в Казахстане. При этом отмечено, обратить внимание на удовлетворенность качеством медицинской помощи в Жамбылской области. Так же отмечено, по республике, увеличилось число пациентов, приобретающих лекарственные средства за свой счет [81].

Далее нами было проанализировано статистические данные смертности и заболеваемости детей раннего возраста, в том числе с заболеваниями органов дыхания Республики Казахстане [82] (табл.1).

Таблица 1 – Смертность детей 0-5 лет (на 1000 родившихся) в Казахстане по регионам

| Регионы | 2016 | 2017 | 2018 | R (2018) |
|-----------------------|-------|-------|-------|----------|
| Республика Казахстан | 10,79 | 10,24 | 10,11 | |
| Акмолинская | 9,60 | 10,08 | 7,48 | 15 |
| Актюбинская | 10,27 | 9,30 | 10,92 | 7 |
| Алматинская | 9,61 | 10,43 | 9,40 | 12 |
| Атырауская | 10,94 | 9,67 | 12,68 | 2 |
| З-Казахстанская | 9,56 | 8,63 | 7,73 | 14 |
| Жамбылская | 11,63 | 10,96 | 9,63 | 10 |
| Карагандинская | 9,90 | 9,95 | 9,11 | 13 |
| Костанайская | 11,39 | 12,27 | 11,52 | 6 |
| Кызылординская | 13,55 | 11,54 | 12,56 | 3 |
| Мангыстауская | 11,52 | 10,11 | 11,86 | 4 |
| Туркестанская область | - | 12,94 | 11,69 | 5 |
| Павлодарская | 9,12 | 10,06 | 7,25 | 17 |
| С-Казахстанская | 8,58 | 11,37 | 13,07 | 1 |
| В-Казахстанская | 11,61 | 9,16 | 9,51 | 11 |
| Г. Нур-Султан | 7,86 | 7,00 | 7,44 | 16 |
| Г. Алматы | 8,71 | 8,50 | 9,86 | 9 |
| Г. Шымкент | - | 10,37 | 10,22 | 8 |

Изучение смертности детей 0-5 лет в Казахстане в разрезе регионов (региональные особенности) за 2018 год самый высокий показатель имеется в Северо-Казахстанской области – 13,07. Низкий показатель смертности детей до 5 лет сохраняется в Павлодарской области: за 2018 год – 7,25. Город Нур-Султан занимает 16 место в РК за 2018 год – 7,44.

Согласно таблице 11 за 3 года смертность детей до 5 лет в Республике Казахстан незначительно уменьшилась.

Для изучения медицинского фактора, мы изучили заболеваемость детей 0-5 лет в Казахстане [82] (таб.2).

Таблица 2 – Заболеваемость детей 0-5 лет (на 1000 родившихся) в Казахстане по регионам

| Регионы | 2016г. | 2017г. | 2018г. | Ранг (2018) |
|-----------------|--------|--------|--------|-------------|
| РК | 1249,0 | 1329,9 | 1277,6 | |
| Акмолинская | 1385,6 | 1400,5 | 1317,6 | 10 |
| Актюбинская | 772,9 | 751,1 | 747,3 | 16 |
| Алматинская | 1347,2 | 1807,5 | 1570,1 | 5 |
| Атырауская | 653,3 | 711,5 | 740,0 | 17 |
| З-Казахстанская | 969,2 | 897,0 | 863,8 | 15 |
| Жамбылская | 1594,0 | 1621,6 | 1598,8 | 4 |
| Карагандинская | 984,5 | 962,3 | 956,7 | 13 |
| Костанайская | 1652,1 | 1747,8 | 1609,9 | 3 |
| Кызылординская | 1039,2 | 972,4 | 1068,2 | 12 |
| Мангистауская | 1077,4 | 1083,1 | 1168,4 | 11 |
| Павлодарская | 2418,5 | 2479,6 | 2285,7 | 1 |
| С-Казахстанская | 1764,2 | 1808,0 | 1857,1 | 2 |
| Туркестанская | 0 | 0 | 922,2 | 14 |
| В-Казахстанская | 1294,1 | 1405,5 | 1489,9 | 6 |
| Г.Нур-Султан | 1527,4 | 1611,7 | 1381,0 | 8 |
| Г.Шымкент | 0 | 0 | 1377,1 | 9 |
| Г.Алматы | 1494,2 | 1500,3 | 1429,6 | 7 |

Анализ заболеваемости детей 0-5 лет в Казахстане по региональным особенностям за 2018 год лидирующий показатель имеется в Павлодарской области – 2285,7; в Северо-Казахстанской области – 1857,2; в Костанайской области – 1609,9. Низкий показатель заболеваемости детей 0 – 5 лет за 2018 год в Атырауской области – 740,0. Город Нур-Султан за 2018 год – 1381,0 на 8 месте по республике.

Таким образом по республике за три года отмечается незначительное увеличение заболеваемости детей 0-5 лет.

Также, мы изучили структуру заболеваемости детей 0-5 лет в Казахстане (таб.3).

Таблица 3 – Структура заболеваемости детей 0-5 лет (на 100 000 детей) в Казахстане

| Заболеваемость | 2016г. | 2017г. | 2018г. |
|--|----------------|----------------|----------------|
| Всего случаев | 1 249,0 | 1 329,9 | 1 277,6 |
| из них: | | | |
| инфекционные и паразитарные болезни | 28,8 | 30,3 | 29,3 |
| недостаточность питания | 2,9 | 2,1 | 1,5 |
| анемии | 73,8 | 75,1 | 61,6 |
| болезни нервной системы | 66,5 | 71,0 | 63,5 |
| болезни органов дыхания | 781,0 | 842,2 | 692,0 |
| болезни органов пищеварения | 57,5 | 59,7 | 56,0 |
| болезни мочеполовой системы | 14,7 | 15,3 | 12,7 |
| врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии | 32,3 | 36,7 | 34,0 |
| отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде | 42,9 | 38,5 | 28,7 |
| травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин | 14,0 | 15,1 | 12,5 |
| прочие болезни | ... | ... | ... |

При анализе структуры заболеваемости детей 0-5 лет за последние три года по РК первое место – болезни органов дыхания: 2016год – 781,0; 2017год – 842,2; 2018год – 692,0. На втором месте – анемии: 2016год – 73,8; 2017год – 75,1; 2018год – 61,6. На третьем месте болезни нервной системы: 2016год – 66,5; 2017год – 71,0; 2018год – 63,5.

Результаты анализа для наглядности изображены графически (рис.1).

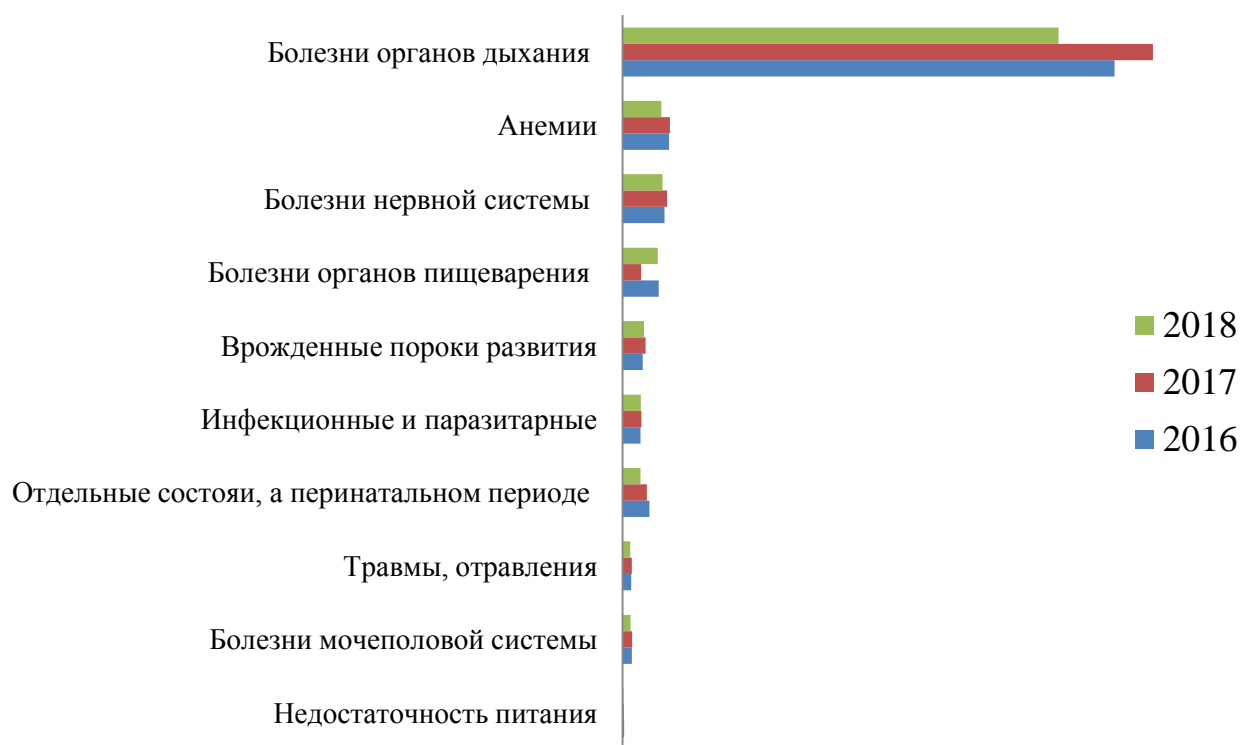


Рисунок 1 – Структура заболеваемости детей 0-5 лет в Казахстане

Далее, для изучения фактора региональных особенностей, мы изучили болезни органов дыхания у детей 0-5 лет в регионах Казахстана (табл. 4).

Таблица 4 – Болезни органов дыхания у детей 0-5 лет на 1000 детей в разрезе регионов

| Регионы | 2016г. | 2017г. | 2018г. | Ранг (2018) |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| РК | 781,0 | 842,2 | 792,4 | |
| Акмолинская | 998,0 | 992,4 | 930,9 | 11 |
| Актюбинская | 467,2 | 453,1 | 452,3 | 2 |
| Алматинская | 930,6 | 1352,4 | 1142,8 | 14 |
| Атырауская | 331,3 | 374,8 | 394,6 | 1 |
| З-Казахстанская | 628,0 | 591,0 | 567,3 | 5 |
| Жамбылская | 1007,1 | 972,2 | 973,0 | 12 |
| Карагандинская | 679,1 | 668,9 | 661,4 | 8 |
| Костанайская | 1276,6 | 1376,4 | 1290,5 | 16 |
| Кызылординская | 557,0 | 483,0 | 530,7 | 4 |
| Мангистауская | 598,1 | 608,0 | 642,4 | 7 |
| Павлодарская | 1661,7 | 1714,1 | 1562,5 | 17 |
| С-Казахстанская | 1112,8 | 1152,0 | 1182 | 15 |
| Туркестанская | 0 | 0 | 504,9 | 3 |
| В-Казахстанская | 914,2 | 997,0 | 1006,3 | 13 |
| Г.Нур-Султан | 951,8 | 944,0 | 744,3 | 9 |
| Г.Шымкент | 0 | 0 | 620,8 | 6 |
| Г.Алматы | 866,3 | 919,4 | 892,1 | 10 |

Анализ региональных особенностей на период 2018 года выделил в тройке негативных лидеров: Павлодарскую – 1562,5, Костанайскую – 1290,5 и Северо-Казахстанскую область - 1182. Город Нур-Султан за 2018 год – 9 ранг из 17.

Позитивные регионы лидеры по республике с показателями ниже республиканского – Атырауская - 394,6; Актыбинская – 452,3; Туркестанская – 504,9; Кызылординская – 530,7; Шымкент – 620,8; Мангыстауская – 642,4; Карагандинская – 661,4 и замыкает группу Нур-Султан – 744,3.

Нами, представлено графически заболеваемость детей 0-5 лет в РК по регионам (рис.2).

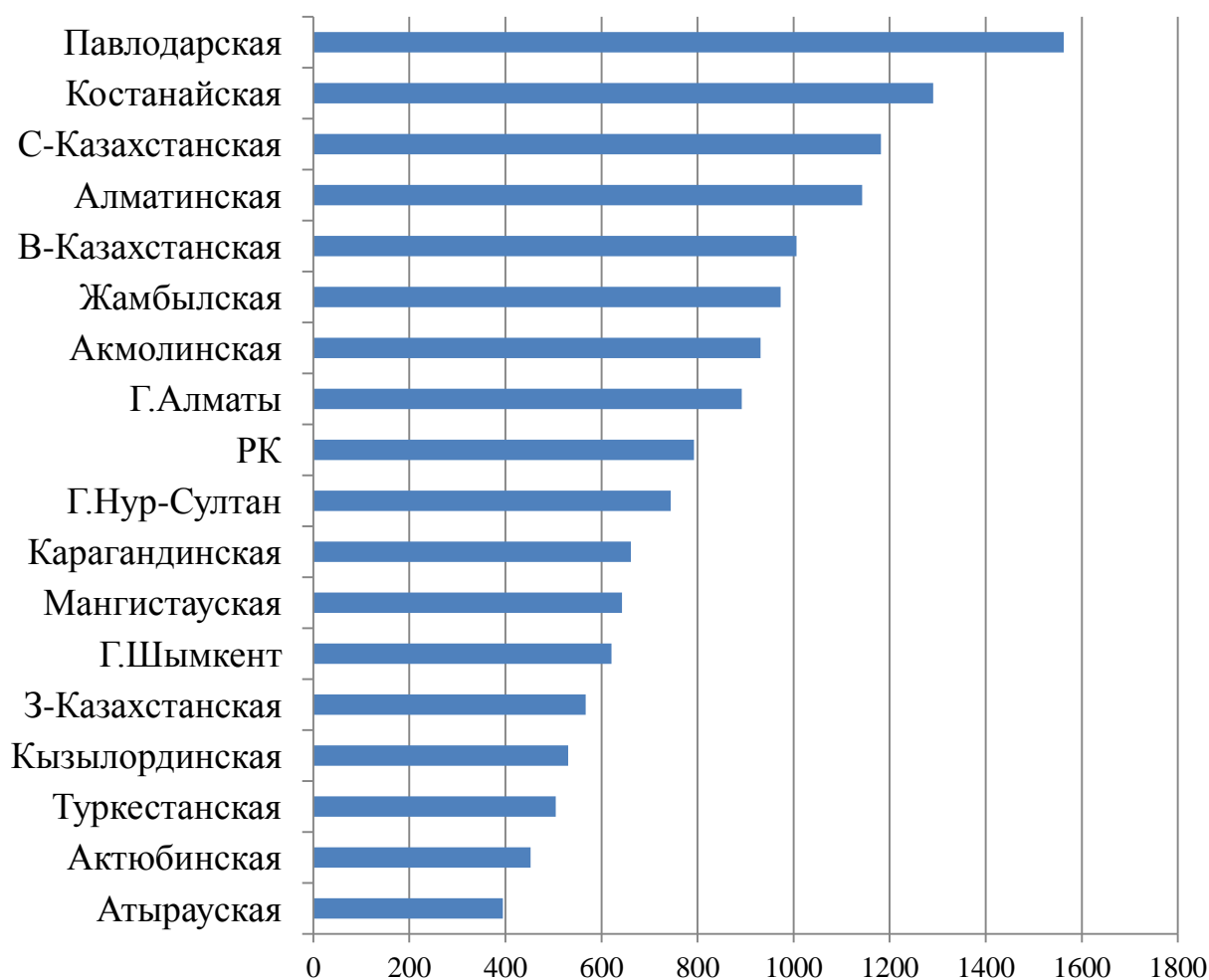


Рисунок 2 – Болезни органов дыхания у детей 0-5 лет в Казахстане на 2018г.

Управленческие решения на уровне системы здравоохранения приняты на основании анализа медицинского фактора и в настоящее время, увеличивается финансирование на период недели до и после рождения ребенка.

С 1993 года ЮНИСЕФ в сотрудничестве с правительством Казахстана работает над снижением младенческой и детской смертности. ПМСП способствует профилактике случаев смертности среди младенцев и детей.

ЮНИСЕФ играет ключевую роль, оказывая поддержку реформам ПМСП и снижению младенческой смертности в стране.

Обзор литературы показал, что в 2013 году в России проводилось исследование по изучению удовлетворенности взрослых пациентов медицинской помощи в поликлиниках. Но целью данного исследования было изучение современного состояния удовлетворенности взрослых пациентов поликлиник медицинской помощью в зависимости от их структурно-функциональных подразделений, разработка и внедрение комплекса медико-организационных мероприятий по ее повышению. Научных исследований по изучению удовлетворенности родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания не проводилось.

Связи с вышеизложенным, изучение проблемы удовлетворенности оказания медицинской помощи детям раннего возраста с заболеваниями органов дыхания является несомненной актуальной.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Программа исследования

Настоящее исследование относится к описательному – эмпирическому методу.

Исследование включало в себя следующие основные разделы:

Изучение удовлетворенности родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания по оказанию качественной медицинской помощи

Проведение анализа причин возникновения и структуры жалоб и обращений, родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания касающихся качества оказания медицинских услуг.

Объектом исследования явились детское население от 0 до 5 лет (родители детей), обратившихся за медицинской помощью в городскую детскую больницу №1 города Нур-Султан, добровольно согласившиеся на анкетирование.

Единицей наблюдения – удовлетворенность родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания качеством медицинской помощи.

Выборочный метод: случайный.

Характер наблюдения – единовременное.

Метод исследования – нами разработанная и адаптированная анкета, утверждена на Научном семинаре (Протокол № 5, от 3 октября 2019 года).

В качестве учетного признака использовался случай личного субъективного мнения.

При обосновании управленческого решения использовался метод причинно-следственной связи «Дерево целей», предложенная Ч. Черчменом и Р. Акоффом в 1957 году.

На первом этапе проведен обзор международного опыта исследований по вопросу качества медицинской помощи населения. Далее, проведен одномоментно сбор материала.

На втором этапе осуществлялся сбор данных по результатам анкетирования и занесение данных для статистической обработки: возраст, пол, количество респондентов (Приложения Б).

На третьем этапе составлялся итоговый вариант описания работы и его документальное и графическое оформление.

Четвертый этап состоит собственно в обосновании управленческого решения, с учетом принципов: структурированности, иерархии и комплексного подхода.

В качестве объекта исследования была выбрана многопрофильная городская детская больница №1 города Нур-Султан.

Данный выбор обусловлен исходя из следующих обстоятельств:

1. анализ удовлетворенности родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания по качеству медицинских услуг проведенный мною за время работы (2016-2019гг. в службе внутреннего аудита) в МГДБ№1 явился выбором данной проблемы.

2. в структуре многопрофильной городской детской больницы №1 г.Нур-Султан имеется специализированное пульмонологическое отделение на 45 коек.

Под статистическим методом исследования понимается система приемов, способов и методов, направленных на изучение количественных закономерностей, проявляющихся в структуре, динамике и взаимосвязях социально-экономических явлений. Данная методология при анализе качества жизни медицинских работников, подразумевала в себе 3 этапа:

- статистическое наблюдение;
- первичная обработка, сводка и группировка данных;
- анализ полученных сводных материалов.

Задачи, поставленные нами в исследовании, методы и выбранный материал исследования, представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Материалы и методы исследования

| № | Задачи | Материалы | Методы |
|---|---|--|---|
| 1 | Изучить и провести анализ международного опыта причин возникновения, характера жалоб и обращений, касающихся качества оказания медицинских услуг | аналитический | литературный обзор 83 источник |
| 2 | Оценка удовлетворенности качеством оказания медицинских услуг родителей детей раннего возраста с болезнями органов дыхания | анкетирование, описательная статистика | общее количество респондентов – 50 человек |
| 3 | Провести анализ возникновения характера и причин жалоб и обращений, касающихся качества оказания медицинских услуг детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания | описательная статистика, ранжирования, аналитический | учетно-отчетная документация по детской больнице (2017-2019гг.) |
| 4 | Разработка рекомендаций для улучшения обслуживания жалоб детского населения с заболеваниями органов дыхания | метод «дерево целей» | результаты исследования |

2.2 Методы исследования

Описательная статистика – это статистические методы обработки данных, их систематизации, наглядного представления в виде таблиц и графиков, а также количественное описание данных с помощью системы статистических показателей.

В описательном анализе данных информацию об исследуемом явлении представляют в агрегированном виде. Для этого используют три основных статистических метода: табличный метод; графический метод; расчет статистических показателей.

При описательном анализе данных качественную информацию представляют в виде частотных таблиц, таблиц сопряженности и графиков. Количественную информацию обобщают также с помощью графиков и системы статистических показателей: показателей среднего уровня (среднее значение, мода, медиана), процентилей, показателей вариации (размах вариации, межквартильный размах, дисперсия, стандартное отклонение, коэффициент вариации и др.), показателей формы распределения (асимметрия и эксцесс).

Методы описательного анализа данных позволяют не только исследовать данные, но и выбрать метод дальнейшего углубленного их анализа (методы аналитической статистики), например, методы для проверки статистических гипотез, моделирования взаимосвязи.

Для реализации второй задачи нашего исследования мы провели метод – анкетирование.

Анкета является основным инструментом опроса и представляет собой социологический документ, содержащий структурно-организованный набор вопросов, каждый из которых связан с задачами проводимого исследования. Эта связь выражается в необходимости получения информации, отражающей характеристики изучаемого объекта.

Определение минимального размера выборки для получения репрезентативных результатов проводилась по формуле, и при предельной ошибке 0,1 от среднеквадратичного отклонения равном 3,0 составила от 121-342 в каждой группе при доверительном интервале 91%. Данная выборка несет не репрезентативный, а описательный характер как ориентировочное знакомство.

Статистическая обработка полученных результатов формировалась в табличных формах в EXCEL, статистические расчеты описательного характера проводились вручную, получение значений критерия достоверности коэффициента корреляции проводились в режиме Excel калькулятора.

Квадрат множественного коэффициента корреляции называется множественным коэффициентом детерминации. Он показывает, какая доля дисперсии результативного признака объясняется влиянием независимых переменных.

Также это квадрат корреляции Пирсона между двумя переменными (r^2). Он выражает количество дисперсии, общей между двумя переменными.

В случае двух переменных формула для вычисления множественного коэффициента детерминации имеет вид:

$$r^2_{y|x_1x_2} = \frac{r^2_{x_1y} + r^2_{x_2y} - 2r_{x_1x_2}r_{x_1y}r_{x_2y}}{1 - r^2_{x_1x_2}}$$

Часто необходимо корректировать коэффициент множественной детерминации на потерю степеней свободы вариации:

$$\hat{R}^2_{корр.} = 1 - (1 - R^2) \frac{n - 1}{n - k - 1},$$

Где $\hat{R}^2_{корр.}$ - скорректированное значение множественного коэффициента корреляции;

n - число наблюдений; k - число переменных, вошедших в модель

Наблюдаемое значение находится по формуле:

$$F_{набл.} = \frac{\frac{1}{k-1} r^2_{y|x_1...x_k}}{\frac{1}{n-k} (1 - r^2_{y|x_1...x_k})}$$

Иногда показателям тесноты связи можно дать качественную оценку:

Таблица 6 - Программа и методы исследования

| Характеристика силы связи | |
|---------------------------|----------------|
| Количественная | Качественная |
| 0,1-0,3 | Слабая |
| 0,3-0,5 | Умеренная |
| 0,5-0,7 | Заметная |
| 0,7-0,9 | Высокая |
| 0,9-0,99 | Весьма высокая |

Функциональная связь возникает при значении равном 1, а отсутствие связи - 0. При значениях показателей тесноты связи меньше 0,7 величина коэффициента детерминации всегда будет ниже 50%. Это означает, что на долю вариации факторных признаков приходится меньшая часть по сравнению с остальными неучтенными в модели факторами, влияющими на изменение результативного показателя. Построенные при таких условиях регрессионные модели имеют низкое практическое значение.

Методика ранжирования: меньшему значению начисляется меньший ранг 1. Наибольшему значению начисляется ранг, соответствующий количеству ранжируемых значений. Общая сумма рангов должна совпадать с расчетной, которая определяется по формуле: $\sum(R_i) = N \cdot (N+1) / 2$, где N - общее количество ранжируемых наблюдений (значений).

Несовпадение реальной и расчетной сумм рангов будет свидетельствовать об ошибке, допущенной при начислении рангов или их суммировании. Прежде чем продолжить работу, необходимо найти ошибку и устранить ее.

Для реализации четвертой задачи мы использовали метод «дерево целей». При построении деревьев классификации предсказывается принадлежность объекта к той или иной категории целевой переменной в зависимости от соответствующих значений предикторов. Зависимость значения целевой переменной от значений предикторов, представляется в виде иерархической структуры – «дерева».

Широкая сфера применимости метода «дерево целей» делает их весьма привлекательным инструментом анализа данных.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1 Изучение косвенных объективных факторов, влияющих на качество медицинской помощи детям раннего возраста с заболеваниями органов дыхания г. Нур-Султан (на примере МГДБ№1)

Многопрофильная городская детская больница №1, одна из старейших больниц города, сегодня является лучшим детским стационаром, способным принять на лечение одновременно более ста детей.

В отделениях получают медицинскую помощь новорожденные, недоношенные и дети с неврологической патологией.

Многопрофильная городская детская больница №1 г. Нур-Султан удостоена звания «Больница дружелюбного отношения к ребенку», и имеет Золотую Доску детского фонда ООН ЮНИСЕФ.

Коллектив больницы работает по внедрению основных стратегий и программ, рекомендованных ВОЗ/ЮНИСЕФ ЮНФПА: «Программа охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания», «Планирование семьи», «Интегрированное ведение болезней детского возраста и развитие детей раннего возраста».

С начала 2008 года коллектив больницы перешел на критерии живорождения и мертворождения, рекомендованные ВОЗ, в соответствии со статьями 6 и 7 Конвенции о правах ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей ООН и ратифицированной Республикой Казахстан 8 июня 1994 году, Законом Республики Казахстан от 8 августа 2002 года «О правах ребенка в Республике Казахстан».

Одной из мер, позволяющих решать эти задачи, является методология «BABIES», позволяющая проводить мониторинг, оценку и своевременную коррекцию мероприятий по улучшению перинатальной помощи.

Больница работает по следующим программам: внедрение ЕИСЗ, внедрение Единой национальной системы здравоохранения, внедрение программы ухода за новорожденными «Developmental care», совершенствование реанимационной первичной помощи новорожденным детям, применение клинических протоколов лечения и диагностики (снижение элементов полипрагмазии и методов обследования).

Для изучения фактора формальной вертикальной коммуникации, мы изучили организационную структуру Многопрофильной городской детской больницы №1 (МГДБ №1) г.Нур-Султан – которая представлена по общепринятой классификации как линейно-функциональная.

Служба внутреннего аудита относится к административной структуре, имеющее официальное влияние на все клинические службы, а также заместителей руководителя МО.

Это положительный важный фактор в данной МО позволяет координировать и управлять официально качеством медицинской помощи без посредников процесса (выделено стрелкой) (рис. 3).

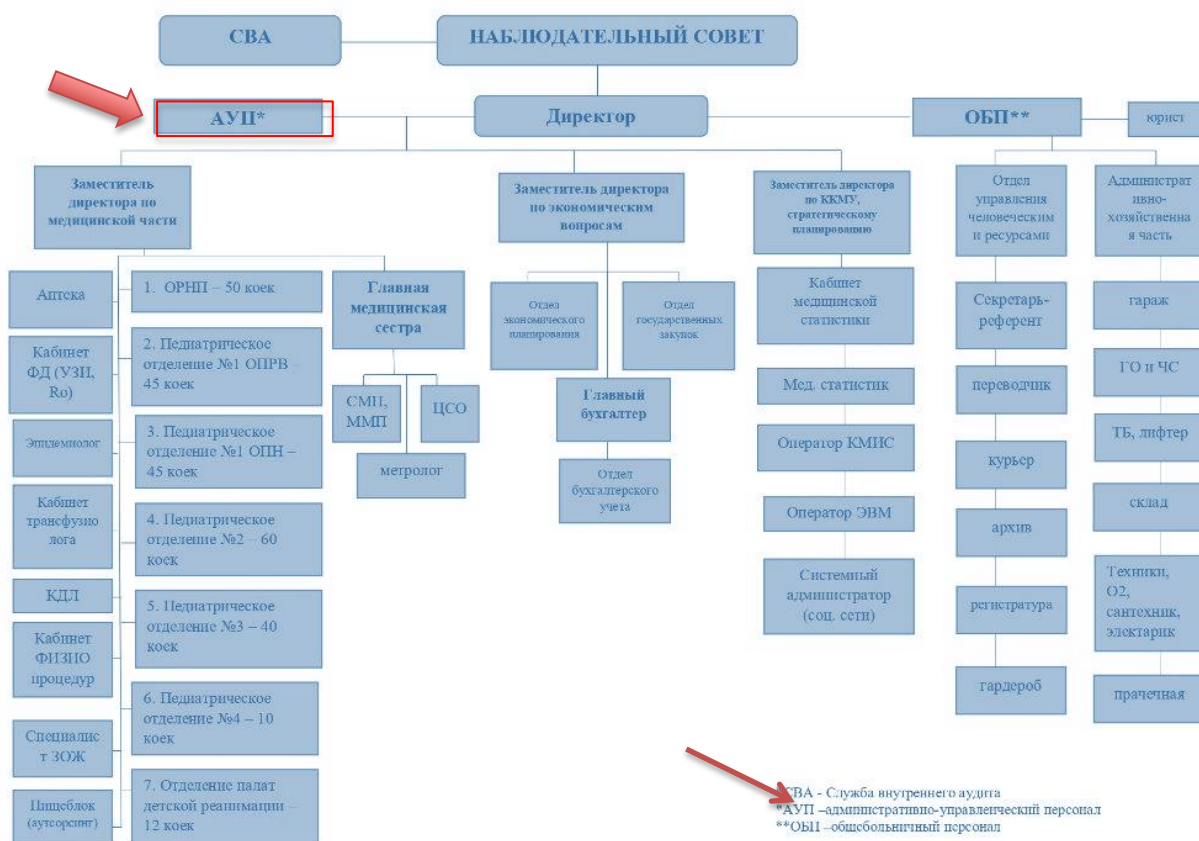


Рисунок 3 – Структура МГДБ №1

В организационной структуре МГДБ №2, организационная структура линейная, что не позволяет оперативно воздействовать на процесс. Управленческие функции служба аудита осуществляет только через главного врача (выделено стрелкой) (рис.4).

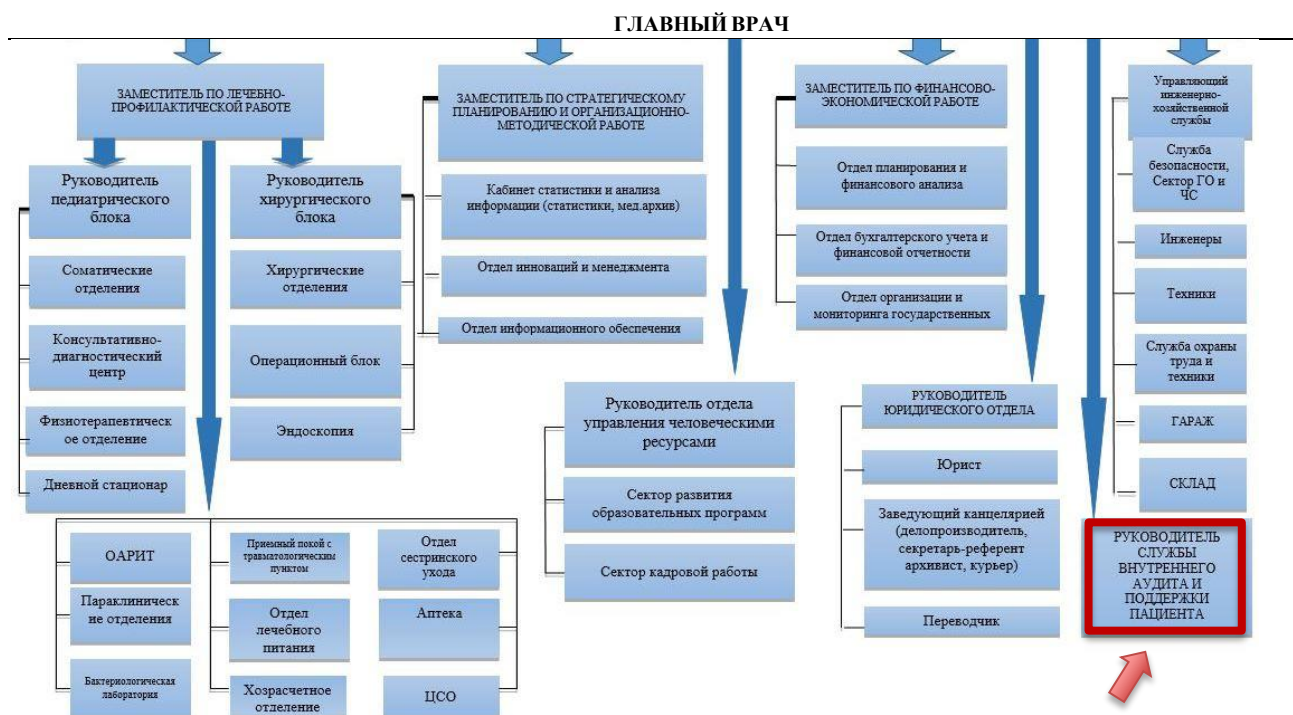


Рисунок 4 – Структура МГДБ №2

Миссия деятельности МГДБ №1 это улучшение здоровья детей посредством оказания качественной своевременной безопасной стационарной помощи квалифицированными специалистами, обладающими должными моральными качествами на основе доверительных отношений с детьми и их родителями.

Среди основных ценностей – это пациент ориентированность - и профессионализм.

ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница №1» - это многопрофильный стационар на 250 коек и является старейшей больницей города.

Оказывается, экстренная помощь детям в возрасте до 14 лет по профилям: кардиология, ревматология, гематология, острые аллергические состояния, гастроэнтерология, неврология, пульмонология и помощь недоношенным детям.

Используется мультидисциплинарный подход к лечению пациентов – непосредственно у постели больного могут получить консультацию любого специалиста. В стационаре созданы условия для пребывания мамы рядом с ребенком, даже если малыш находится в критическом состоянии. Так, например, отделение реанимации, где мамы рядом со своими детьми.

Функционируют: клиничко-диагностическая, биохимическая лаборатории; кабинеты функциональной диагностики (ЭКГ, УЗИ, ЭЭГ, рентгенографии, холтер система); физиотерапевтическое отделение.

Одним из основных направлений работы функционального отделения является использование переносных рентгеновских и ультразвуковых аппаратов у постели больного.

Нами был изучен фактор управления медицинскими кадрами в МГДБ №1. На данной таблице представлены фактические показатели укомплектованности врачей и медицинских сестер.

Данный фактор, свидетельствует о нагрузке медицинского персонала (высокий коэффициент совместительства) в течении ряда лет (табл.7).

Таблица 7 – Укомплектованность кадрами МГДБ №1

| Сотрудники | 2017 год | 2018 год | 2019год |
|--------------------|----------|----------|---------|
| Врачи | 78,8% | 74,8% | 55,7% |
| Медицинская сестра | 90,0% | 88,3% | 72,8% |

Анализ данного фактора показал недостаток врачей педиатров, детских пульмонологов, рентгенологов, клинического аудитора, палатных медицинских сестер, а лидирующая позиция недостаток врачей анестезиологов-реаниматологов (табл.8).

Таблица 8 – Потребность в медицинских работниках для детского населения в МГДБ №1 г. Нур-Султан

| Медицинские работники | 2017 год | 2018 год | 2019 год | По состоянию на 1 кв. 2020 года |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--|
| Педиатр | - | 3 | 3 | 4 |
| Гастроэнтеролог | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Анестезиолог-реаниматолог | 13 | 8 | 4 | 4 |
| Реабилитолог | - | 1 | 1 | 2 |
| Пульмонолог | 1 | 1 | - | - |
| Гематолог | 1 | 1 | - | - |
| Ревматолог | - | - | 1 | - |
| Медицинская сестра палатная | - | 10 | 8 | 8 |
| Инструктор по лечебной физкультуре | - | - | - | 8 |
| Санитарка палатная | - | - | - | 3 |

Для изучения фактора управления кадрами мы изучили направленность по удержанию кадров. Анализ официальных данных показал высокую текучесть медицинских работников. При этом, в динамике за 3 года отмечается тенденция к уменьшению выбывших врачей в 1,7 раза и медицинских сестер в 1,6 раза (табл. 9).

Таблица 9 – Текучесть медицинских кадров МГДБ №1

| Кадры | Прибыло | | | Выбыло | | |
|--------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2017г. | 2018г. | 2019г. | 2017г. | 2018г. | 2019г. |
| Врачи | 15 | 14 | 10 | 11 | 14 | 14 |
| Медицинские сестры | 46 | 56 | 57 | 52 | 47 | 49 |

Анализ качественного состава медицинских работников, несмотря на достаточное число выбывших сотрудников, показал стабильный уровень категориальности за три последних года врачей – каждый второй и каждая третья медицинская сестра с квалификационной категорией (табл.10).

Таблица 10 – Категорийность медицинских работников МГДБ №1

| Кадры | категорийность, % | | | | | | Прошли обучение, абс | | |
|--------------------|-------------------|------|----------|------|----------|------|----------------------|--------|--------|
| | 2017г. | | 2018г. | | 2019г. | | 2017г. | 2018г. | 2019г. |
| | абс. | % | аб с. | % | аб с. | % | | | |
| Врачи | 22 | 39,3 | 19 | 33,3 | 24 | 57,1 | 29 | 9 | 8 |
| Медицинские сестры | 40 | 23,5 | 40 | 22,5 | 44 | 28,7 | 37 | 27 | 27 |

Анализ фактора материальной мотивации медицинских работников показал, что уровень заработной платы увеличился у врачей на 5,1%, у медицинских сестер на 1%, у санитарок на 3% (табл.11).

Таблица 11 – Средняя заработная плата медицинских работников МГДБ №1

| Кадры | Тенге, | | | Абсолютный % роста |
|------------------------------|---------|---------|---------|-----------------------|
| | 2017г. | 2018г. | 2019г. | |
| Врачи | 159 357 | 221 554 | 271 255 | 5,1 ↑ |
| Медицинские сестры | 119 341 | 143 914 | 179 800 | 1,0 ↑ |
| Младший медицинский персонал | 88 870 | 120 456 | 120 700 | 3,0 ↑ |

В соответствии со статьей 58 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» в стационаре организована Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля.

В динамике за 3 года уменьшилось число обоснованных жалоб на 60%, а необоснованные увеличились на 40,4%.

Улучшился показатель удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре на 2,6%, (табл.12).

Таблица 12 – Жалобы и обращения населения на качество медицинских услуг (Данные службы внутреннего аудита)

| Жалобы и обращения | 2017г | | 2018 г. | | 2019 | | Абсолютный % роста |
|---|-------|------|---------|------|------|-------|--------------------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | |
| Всего | 72 | | 113 | | 99 | | |
| Обоснованные | 22 | 30,5 | 14 | 12,2 | 5 | 5,1% | - 60,0 |
| Необоснованные | 50 | 69,4 | 99 | 87,7 | 94 | 94,9% | + 40,4 |
| Средний балл удовлетворенности от населения по стационару | | 91,6 | | 94,0 | | 89 | + 2,6 |

Все жалобы и обращения рассматриваются Службой внутреннего аудита стационара, разрабатываются мероприятия по уменьшению количества жалоб.

Эффективность данной Службы внутреннего аудита отмечена результатом снижения количества обоснованных жалоб от населения, $r=1$.

Результаты по необоснованным жалобам увеличились, $r=1$.

Анализ полученного фактора позволяет сделать вывод, что в данной ситуации число обращений на некачественную медицинскую помощь детям возможно было предотвратить на уровне взаимоотношения медицинский работник – пациент.

Анализ жалоб изображен графически с использованием программы расчета планки погрешностей со стандартными ошибками (рис.5).

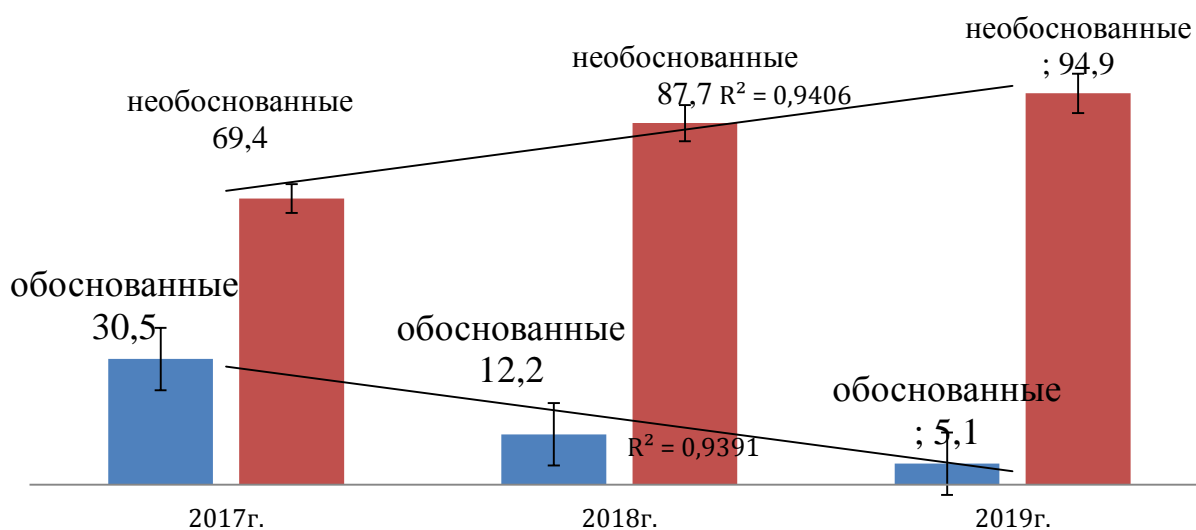


Рисунок 5 – Анализ жалоб и обращений от населения на качество медицинской помощи детям в стационаре в МГДБ №1

Структура жалоб от населения представлена (табл.13).

Таблица 13 – Структура жалоб населения МГДБ №1

| Структура жалоб | 2017 г. | | 2018 г. | | 2019 г. | | г |
|---|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---|
| | 72 | % | 113 | % | 99 | % | |
| Всего | 72 | % | 113 | % | 99 | % | |
| Нарушение этики и деонтологии | 12 | 16,6% | 20 | 17,6% | 26 | 26,2% | 2 |
| Соблюдение санитарно-эпидемиологических мероприятий | 7 | 9,7% | 16 | 14,1% | 10 | 10,1% | 5 |
| Качество питания | 9 | 12,5% | 15 | 13,2% | 12 | 12,1% | 4 |
| Работа приемного покоя (ожидание в приемном покое, осмотр, соблюдение ЗН системы) | 39 | 54,1% | 44 | 38,9% | 30 | 30,3% | 1 |
| Качество медицинской помощи (лечение, диагностика) | 5 | 6,9% | 18 | 15,9% | 21 | 21,2% | 3 |

Изучение структуры жалоб показал, что наибольшее число жалоб (связано непосредственно с работой приемного покоя: ожидание в приемном покое, осмотр врача, соблюдение ЗН системы, нарушение этики со стороны медицинских работников не соблюдение этики; грубость, не адекватные реплики, межличностные конфликты. С врачами приемного покоя, средним и младшим медицинским персоналом регулярно (1 раз в квартал) проводятся семинарские занятия по организации работы приемного покоя, выработаны алгоритмы действий (сортировка больных, оказание медицинской помощи при неотложных состояниях). Внедрена система регулярного тестирования медицинского персонала приемного покоя. На втором месте – нарушение этики и деонтологии, управляемый фактор, влияющий на качество медицинской помощи. Для улучшения данного фактора в стационаре раз в квартал проводится семинары, тренинги по теме: «Этика и деонтология в медицинском учреждении», по аспектам:

- Взаимоотношения медицинских работников с больными;
- Взаимоотношения медицинских работников с родственниками пациента;
- Взаимоотношения медицинских работников между собой.

На третьем месте жалобы, связанные с качеством оказания медицинской помощи. Мы решили изучить индикатор качества медицинской помощи – летальность.

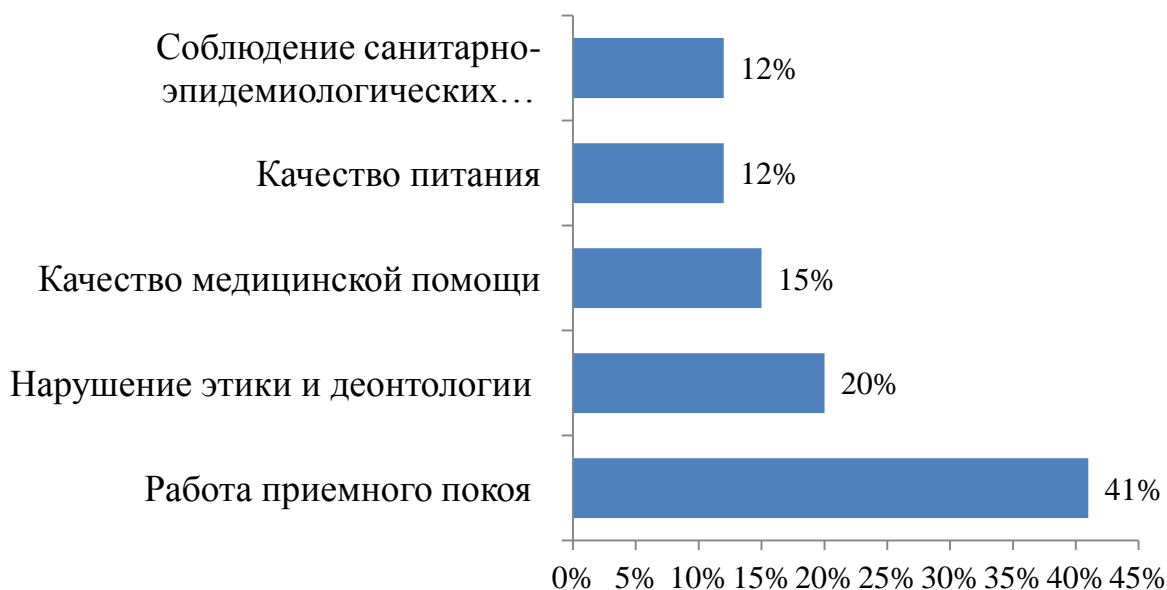


Рисунок 4 – Структура жалоб от населения в МГДБ №1

Структура летальности представлена преобладающей причиной – врожденные пороки (36%), отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (25%) и на третьем месте болезни органов дыхания (12%), (табл.14).

Таблица 14 – Структура летальности детей МГДБ №1

| Летальность | | 2017 год | | 2018 год | | 2019 год | |
|---------------------------------------|--|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| Всего | | 17 | | 24 | | 19 | |
| Из них 0-5 лет | | 16 | 94,1% | 21 | 87,5% | 18 | 94,7% |
| Причина смертности детей 0 – 5 лет | Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96) | 5 | 31,25% | 2 | 9,5% | 6 | 33,3% |
| | Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99) | 6 | 37,5% | 7 | 33,3% | 7 | 38,8% |
| | Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99) | 2 | 12,5% | 1 | 4,8% | 1 | 5,5% |
| | Болезни нервной системы | 1 | 6,25% | 6 | 28,6% | 1 | 5,5% |
| | Болезни желудочно-кишечного тракта | - | - | 1 | 4,8% | - | - |
| | Болезни системы кровообращения | 2 | 12,5% | - | - | 1 | 5,5% |
| | Болезни органов дыхания | - | - | 3 | 14,3% | 2 | 11,1% |
| | Наследственное заболевание | - | - | 1 | 4,8% | - | - |

По данным международной литературы данный показатель достаточно высокий, так как общепринятый показатель летальности в стационаре не должен превышать в стационаре более 3%.

Таблица 15 – Структура заболеваемости детей в МГДБ№1 г.Нур-Султан

| Заболеваемость | 2017 год | | 2018 год | | 2019 год | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| Всего | 13534 | | 13780 | | 15290 | |
| Болезни органов дыхания | 8959 | 66,1 | 9334 | 66,1 | 10254 | 69,2 |
| Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде | 1544 | 11,4 | 1600 | 11,6 | 1357 | 8,9 |
| Болезни нервной системы | 788 | 5,8 | 574 | 4,2 | 1038 | 6,8 |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки | 727 | 5,4 | 713 | 5,2 | 701 | 4,6 |
| Болезни системы кровообращения | - | | - | - | 533 | 3,5 |
| Болезни эндокринной системы | 365 | 2,7 | 402 | 2,9 | - | - |

По структуре заболеваемости за три года в МГДБ№1 на первом месте – болезни органов дыхания 67% (табл.15).

Вывод по подглаве 3.1:

1. В МГДБ№1 г.Нур-Султан недостаток детских врачей (пульмонологов, педиатров, реаниматологов-анестезиологов), медицинских сестер (палатных) – фактор перегрузки врачей и средних медицинских работников, текучести кадров.

2. Анализ структуры всех причин жалоб и обращений, касающихся качества оказания медицинских услуг в МГДБ№1 за 3 года показал, что на первом месте (41,0%) жалобы на работу приемного покоя, на втором месте (20%) – это нарушение этики и деонтологии (врачи и медицинские сестры), на третьем месте (15%) – качество медицинской помощи.

3. Болезни органов дыхания – в структуре заболеваемости МГДБ№1 занимают первое место, в структуре смертности на третьем месте.

3.2 Анализ причин возникновения и структуры жалоб и обращений, касающихся качества оказания медицинских услуг детям раннего возраста с заболеваниями органов дыхания и оценка их удовлетворенность в многопрофильной городской детской больнице №1 г. Нур-султан

С целью изучения удовлетворенности качеством оказания медицинских услуг детскому населению с болезнями органов дыхания нами был использован метод анкетирования для мам, находившихся в стационаре с детьми до 5 лет на момент анкетного опроса.

На основании паспортной части анкеты включающей вопросы пола и возраста мы провели поло-возрастную и социальную характеристику респондентов (табл.16).

Таблица 16 – Половозрастная характеристика респондентов

| Пол | Ср.возраст | SD | ME | Min | Max |
|---------|------------|-----|------|-----|-----|
| Мужской | - | - | - | - | - |
| Женский | 26.5 | 4.0 | 26.3 | 20 | 37 |

В детской больнице по уходу за ребенком находятся мамы детей, и связи с этим на момент исследования женский пол составил 100 %.

Далее, мы провели анализ пути госпитализации респондентов. Среди опрошенных 43 (86,0%) госпитализированы экстренно (табл.17).

Таблица 17 – Порядок госпитализации респондентов МГДБ№1 (за 2019г.)

| Отделение МГДБ №1 | Экстренно | | Планово | | Всего | | Соотношен ие экстренно / планово |
|----------------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|------------|---|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | |
| ОПН | 11 | 84,6 | 2 | 15,4 | 13 | 26,0 | 1/5,5 |
| ОПРВ | 10 | 76,9 | 3 | 23,1 | 13 | 26,0 | 1/3,3 |
| Пед.№3 | 6 | 75,0 | 2 | 25,0 | 8 | 16,0 | 1/3 |
| Пед.№2 | 7 | 100,0 | 0 | 0 | 7 | 14,0 | 100 |
| ПДО | 9 | 100,0 | 0 | 0 | 9 | 18,0 | 100 |
| Всего | 43 | 86,0 | 7 | 14,0 | 50 | 100 | 1/6 |

При этом, 100% экстренная госпитализация в педиатрическое отделение № 2 – это пульмонологическое отделение. На момент опроса респондентов в Приемно-диагностическом отделении (ПДО) – 100% поступили экстренно.

В педиатрическое отделение №3 (которое представлено профилем коек: аллергологический – 12; гематологический – 11; гастроэнтерологический – 9; кардиологический – 3; ревматологический – 8; педиатрический – 2) – экстренные составили 75,0%.

Отделение патологии новорожденных, ОПН (новорожденных детей от 0 дней до 2-х месяцев: с заболеваниями органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, с врожденными аномалиями развития, наследственными и генетическими отклонениями, с задержкой внутриутробного развития) – экстренная госпитализация у респондентов составила 84,6%.

Отделение патологии раннего возраста с профилем патологии раннего возраста (ОПРВ) – 76,9%. В данном отделении проводят лечение детей в возрасте от 1 месяца до 1 года с воспалительными заболеваниями дыхательных путей.

Для наглядного анализа, мы провели графическое изображение (рис.7).

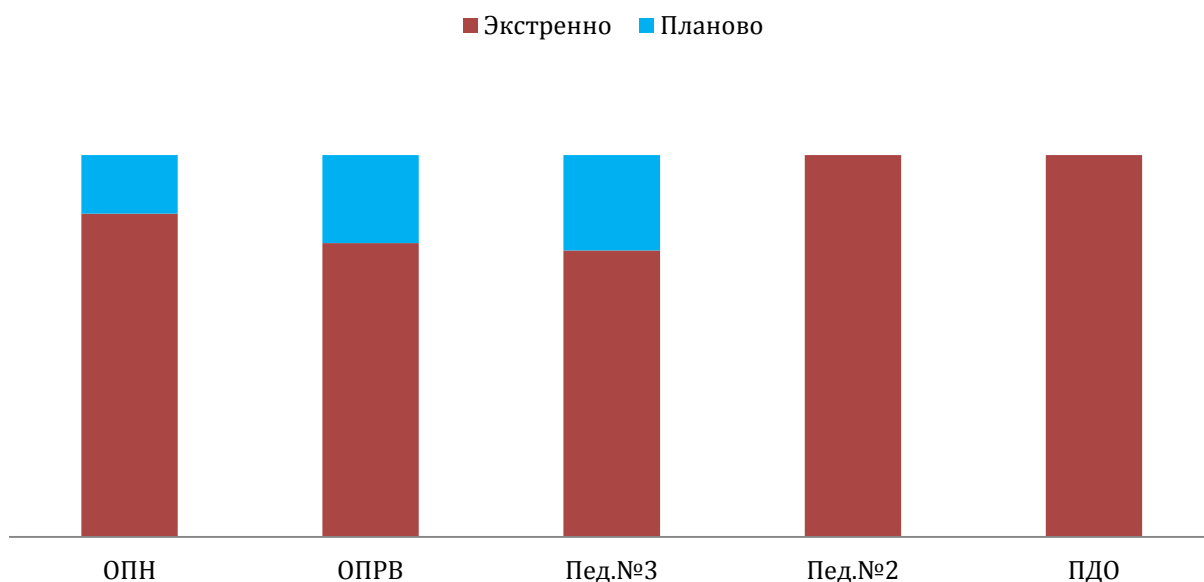


Рисунок 7 – Порядок госпитализации пациентов

По вышеуказанным данным можно определить, что госпитализация опрошенных пациентов на – 86,0% проводится в экстренном порядке, и на – 14,0% в плановом порядке.

По отделениям отмечено, что приемно-диагностическое отделение и педиатрия №2 на – 100 % госпитализирует экстренных пациентов.

Отделение патологии новорожденных на – 84,6% госпитализируют экстренных пациентов и на – 15,4% плановых пациентов, отделение патологии раннего возраста на – 76,9% экстренно, на – 23,1% планово госпитализируют, в отделение педиатрии №3 экстренная госпитализация составляет – 75,0%, плановая госпитализация – 25,0%.

Далее, мы изучили удовлетворенность респондентов качеством медицинской помощи по пяти бальной оценке (табл.18).

Таблица 18 – Оценка структуры удовлетворенности респондентов на основании анкетирования в 2019 г.

| № | Вопросы | M | SD | Me |
|----|---|-----|-----|-----|
| 1 | доброжелательности и вежливости врачей | 4,1 | 1,1 | 4,5 |
| 2 | доброжелательности и вежливости медсестер | 4,3 | 0,8 | 4,0 |
| 3 | доступности и полноты беседы медицинского персонала по поводу заболевания, лечения, ухода | 4,2 | 0,9 | 4,5 |
| 4 | регулярности и тщательности проведения осмотра лечащим врачом | 4,2 | 0,8 | 4,0 |
| 5 | соблюдение правил безопасности, санитарных норм при проведении процедур | 4,3 | 0,8 | 5,0 |
| 6 | качество и разнообразие питания | 3,8 | 1,1 | 4,0 |
| 7 | чистоты помещений и комфорт пребывания | 4,4 | 0,8 | 5,0 |
| 8 | удовлетворенность качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации | 4,1 | 1,1 | 4,0 |
| 9 | удовлетворенность уровнем квалификации (профессионализма) Вашего лечащего врача | 4,2 | 0,8 | 4,0 |
| 10 | Итого | 4,2 | 0,8 | 4,0 |

Анализ полученных данных показал оценку: доброжелательности и вежливости врачей - $4,1 \pm 1,1$, медиана - 4,5, доброжелательности и вежливости медсестер $4,3 \pm 0,8$, медиана - 4,0; доступности и полноты беседы медицинского персонала по поводу заболевания, лечения, ухода $4,2 \pm 0,9$, медиана - 4,5; регулярности и тщательности проведения осмотра лечащим врачом - $4,2 \pm 0,8$, медиана - 4,0; соблюдение правил безопасности, санитарных норм при проведении процедур $4,3 \pm 0,8$, медиана - 5,0, качество и разнообразие питания $3,8 \pm 1,1$ медиана 4,0; чистоты помещений и комфорт пребывания $4,4 \pm 0,8$, медиана 5,0; удовлетворенность качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации $4,1 \pm 1,1$, медиана 4,0; удовлетворенность уровнем квалификации (профессионализма) Вашего лечащего врача $4,2 \pm 0,8$, медиана 4,0.

Итого, общий показатель удовлетворенности качеством медицинской помощи у опрошенных респондентов составил $4,2 \pm 0,8$, медиана 4,0 (таб.18).

Графическое изображение мы провели с использованием метода ранжирования (рис.8).



Рисунок 8 – Удовлетворенность качеством медицинской помощи по пяти бальной оценке, (удовлетворен – 5, не удовлетворён - 0), (планки погрешности со стандартными ошибками, m)

Коэффициент детерминации для линейной регрессии равен квадрату коэффициента корреляции.

$R^2 = 0,883^2 = 0,7812$, т.е. в 78%. Другими словами - точность подбора уравнения регрессии – высокая.

$$\text{Уравнение } y = -0,0473x + 4,44; y = 0,587$$

Статистическая значимость коэффициента корреляции: по таблице Стьюдента находим $T_{\text{табл.}}$ ($n-m-1; \alpha$) = (10; 0.05) = 1.812. Поскольку $T_{\text{набл.}} > T_{\text{табл.}}$, то отклоняем гипотезу о равенстве 0 коэффициента корреляции. Другими словами, коэффициент корреляции статистически – значим.

Анализ точности определения оценок коэффициентов регрессии: $S_a = 3.3432$.

Доверительные интервалы для зависимой переменной: рассчитаем границы интервала, в котором будет сосредоточено 95% возможных значений Y при неограниченно большом числе наблюдений и $X = 1$ (-557.64; 913.38). Проверка гипотез относительно коэффициентов линейного уравнения регрессии: $F_{\text{кр}} = 4.96$

Поскольку $F > F_{\text{кр}}$, то коэффициент детерминации статистически значим.

Основные показатели удовлетворенности пациентов, указанные в анкете мы объединили и составили шкалы (табл. 19).

Таблица 19 – Оценка удовлетворенности респондентов по пятифакторной шкале и пятибалльной оценке

| № | Шкала | Вопросы | Результаты |
|---|--------------------------------|--|------------|
| 1 | Коммуникативные навыки | доступность и полнота беседы медицинского работника с пациентами | 4,20 |
| | | доброжелательность и вежливость врачей | |
| | | доброжелательность и вежливость врачей | |
| 2 | Риск-менеджмент | соблюдение санитарных норм и правил безопасности, | 4,35 |
| | | чистота и комфорт пребывания | |
| 3 | Доступность информации | информативность медицинской организации, это качество, доступность и полнота информации на официальном сайте организации | 4,15 |
| | | полнота беседы с лечащим врачом | |
| 4 | Лечебное питание | разнообразие питания и качества питания | 3,8 |
| 5 | Профессионализм лечащего врача | профессионализм и квалификация врача | 4,20 |
| | | тщательность проведения осмотра лечащим врачом | |

1. Соблюдение этики и деонтологии медицинских работников, это доброжелательность и вежливость врачей и медицинских сестер, доступность и полнота беседы медицинского работника с пациентами.

2. Соблюдение санитарных норм и правил безопасности, чистота и комфорт пребывания.

3. Лечебное питание в стационаре, это разнообразие питания и качества питания.

4. Информативность (доступность информации) медицинской организации, это качество, доступность и полнота информации на официальном сайте организации.

5. Профессионализм и квалификация врача, также регулярность и тщательность проведения осмотра лечащим врачом.

По данным исследования соблюдение этики и деонтологии медицинских работников составляет в среднем – 4,2, соответственно удовлетворенность пациентов на 84,0%.

Соблюдение санитарных норм составляет в среднем – 4,35, соответственно удовлетворенность пациентов на 87,0%.

Лечебное питание – 3,8, соответственно удовлетворенность пациентов на 76,0%.

Информативность – 4,1, соответственно удовлетворенность пациентов на 82,0%.

Профессионализм и квалификация врача – 4,2, соответственно удовлетворенность пациентов на 84,0%.

Итого, удовлетворенность качеством полученной медицинской помощи составила – 4,2, соответственно 84,0% (рис. 9).

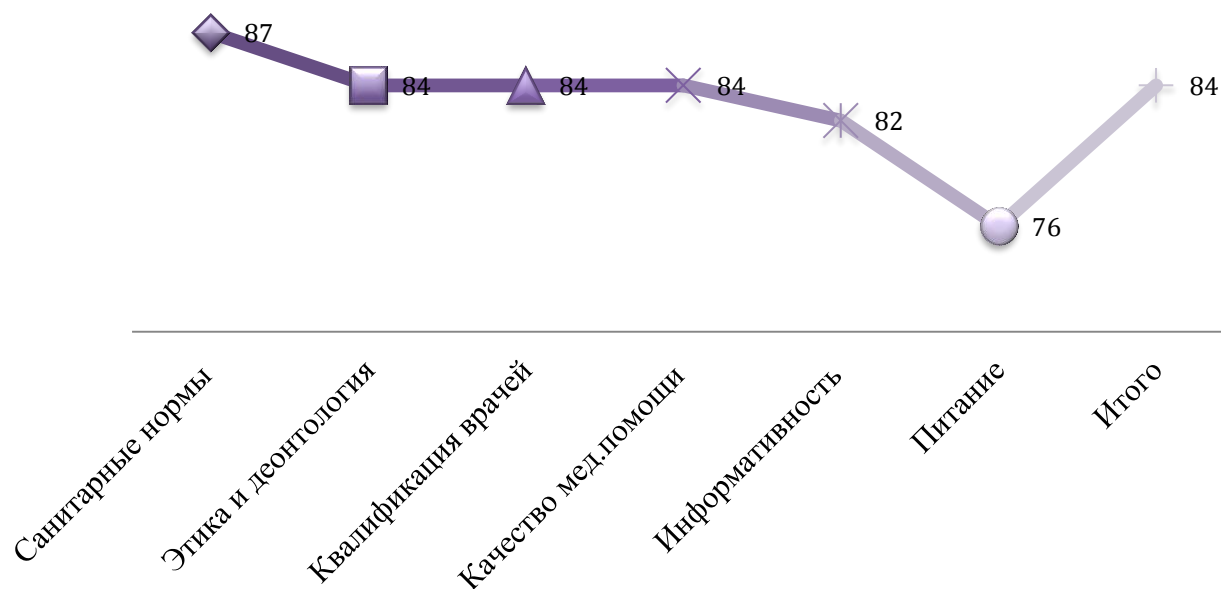


Рисунок 9 – Оценка удовлетворенности пациентов, %

Отмечается низкий уровень удовлетворенности лечебным питанием, что составляет – 76,0%, и наиболее высокий уровень удовлетворённости соблюдением санитарных норм и безопасности пациентов – 87,0%.

Для изучения фактора доступности медицинской помощи и организации потока детского населения на госпитализацию мы провели анализ сроков оформления госпитализации в плановом порядке.

Для оформления госпитализации в плановом порядке до 3 дней отметили – 42,8 %, до 10 дней отметили - 42,8 %, и до 20 дней отметили - 14,2% (табл.20).

Таблица 20 – Сроки оформления госпитализации в плановом порядке

| Вопрос | До 3 дней | | До 10 дней | | До 20 дней | | Свыше 20 дней | |
|---|-----------|------|------------|------|------------|------|---------------|---|
| | абс | % | абс | % | абс. | % | абс. | % |
| Сколько времени прошло от получения направления на стационарное лечение до момента госпитализации | 3 | 42,8 | 3 | 42,8 | 1 | 14,2 | 0 | 0 |

Далее, мы провели анализ дополнительных оплат респондентами при получении медицинской помощи (табл.21).

Таблица 21 – Покупка лекарственных средств и оплата услуг

| Вопросы | Да | | Нет | |
|---|------|------|------|------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Покупка лекарственных средств за счет собственных средств | 8 | 16,0 | 42 | 84,0 |
| Оплата услуг непосредственно медицинскому персоналу минуя кассу | 6 | 12,0 | 44 | 88,0 |

Наглядное изображение позволит представить ситуацию наглядно (рис.10).

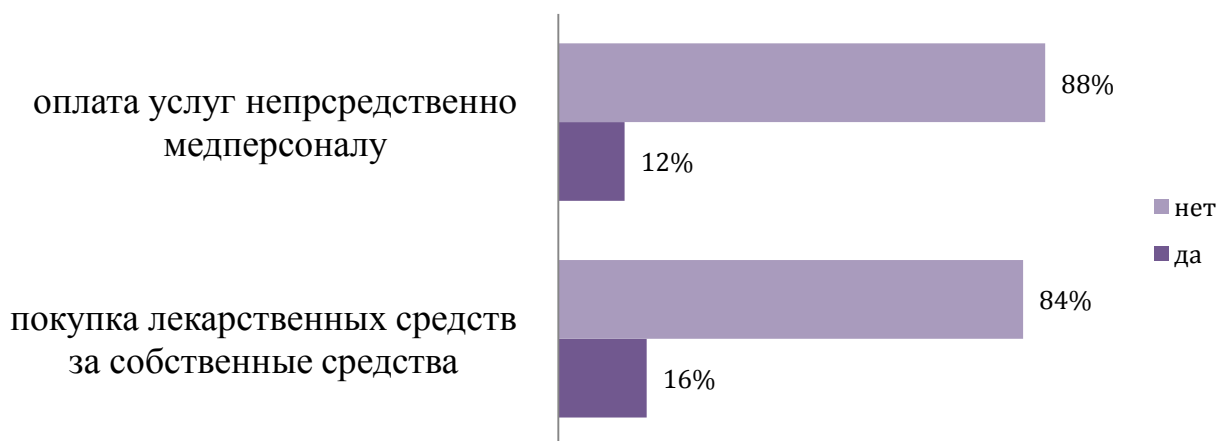


Рисунок 10 – Покупка лекарственных средств и оплата услуг

По вопросу покупки лекарственных средств за счет собственных средств – 84,0% отметили «нет» и 16,0% «да».

По оплате услуг непосредственно медицинскому персоналу – 88% указано «нет» и на – 12% имеет место оплаты медицинскому персоналу минуя кассу.

Для анализа фактора имиджа медицинской организации мы изучили структуру причин обращения населения в конкретную медицинскую организацию – городскую детскую больницу №1 г.Нур-Султан.

В анкете мы составили закрытые вопросы, разделив на категории структуры: плановая по направлению врача - вынужденная, по причине хорошего сервиса, по рекомендации, хорошие врачи, качество медицинской помощи и узнаваемость данной медицинской организации (табл.22).

Таблица 22 – Причина обращений в стационар

| Причина | Вопрос: Вы обратились в нашу больницу? | | |
|---|--|------|------|
| | абс | % | ранг |
| Планово | 8 | 16,0 | 3 |
| Сервис | 4 | 8,0 | 6 |
| Рекомендация (друзья, родственники и т.д.) | 15 | 30,0 | 1 |
| Мед работники | 7 | 14,0 | 4 |
| Качество (собственное мнение) | 10 | 20,0 | 2 |
| Информированность родителей (по различным источникам) | 5 | 10,0 | 5 |

Причина обращения в данную больницу обоснована на 30,0% - рекомендаций (друзей, знакомых), 16,0% - планово обратились, 14,0% - медицинские работники и качество медицинской помощи, на 20,0% сервис и информированность – 10,0% (рис. 11).

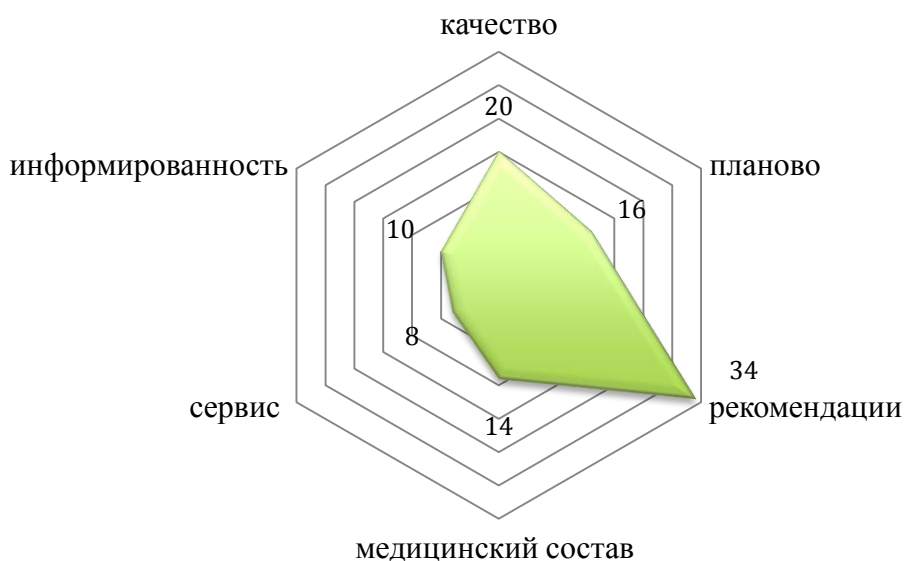


Рисунок 11 – Причины обращения в данную медицинскую организацию
 Для изучения источника поиска данной медицинской организации мы включили в анкетный закрытый вопрос перечень источников: интернет, телевидение, направление, буклет, рекомендация.

Респондентам нужно было выбрать подходящий вариант в их случае поиска нужной медицинской организации (табл.23).

Таблица 23 – Информированность родителей (детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания) о рейтинге МГДБ№1

| Источники | Вопрос: Вы узнали про нашу больницу? | | |
|-----------------|--------------------------------------|------|------|
| | абс. | % | ранг |
| Интернет | 12 | 24,0 | 3 |
| Телевидение | 1 | 2,0 | 5 |
| Участковый врач | 21 | 42,0 | 1 |
| Буклет | 3 | 6,0 | 4 |
| Знакомых | 13 | 26,0 | 2 |

Для наглядного анализа мы изобразили полученные данные графически (рис.12).

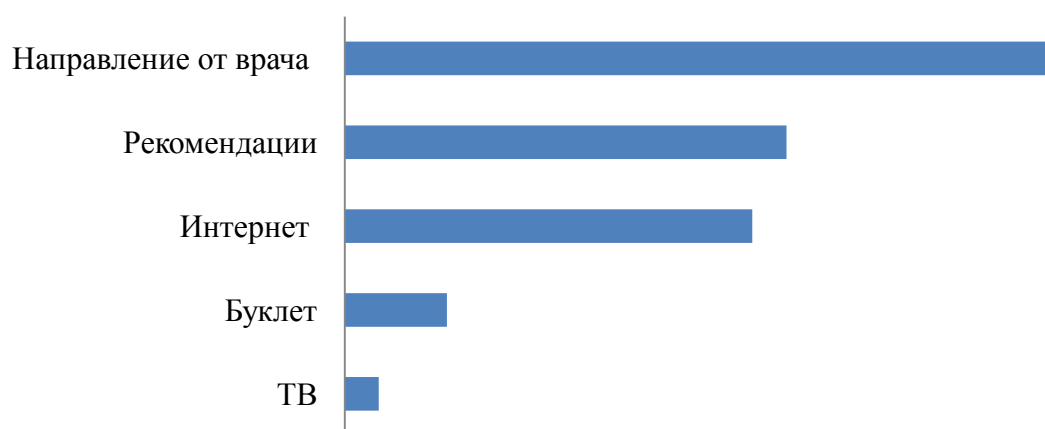


Рисунок 12 – Информированность родителей о рейтинге МГДБ№1

Информированность родителей (детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания) о рейтинге МГДБ№1 определяется: по направлению врача – 42,0%, рекомендации (друзей, знакомых) – 26,0%, по средствам интернет ресурсов – 24,0%, телевидения - 2,0% и буклетов составили – 6,0%.

Выводы по подглаве 3.2:

1. Выявлены факторы несоблюдения преимущества на уровне ПМСП: основная доля пациентов поступали экстренно.

2. Выявлены следующие причины, вызвавшие неудовлетворенность пациентов в детской больнице согласно ранжированию: низкая организация питания, недостаточная информативность в СМИ, коммуникативные навыки медицинских работников, профессионализм врачей и соблюдение санитарных норм и правил.

3. Каждый десятый пациент оплачивал услуги лично медицинскому персоналу, 16 из 100 пациентов дополнительно приобретали лекарственные средства за счет собственных средств.

4. Каждый четвертый пациент выбирал данную медицинскую организацию по рекомендациям.

ГЛАВА 4. ОБОСНОВАНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ ЖАЛОБ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Используя методы управленческих решений, нами использован общеизвестный метод «дерева целей» и составлены основные цели, для улучшения эффективности и конкурентоспособности медицинской помощи детскому населению с патологией органов дыхания.

Концепция «дерева целей» впервые была предложена Ч. Черчменом и Р. Акоффом в 1957 году.

Дерево целей – это структурированная, построенная по иерархическому принципу (распределенная по уровням, ранжированная) совокупность целей экономической системы, программы, плана, в которой выделены генеральная цель («верхушка дерева»); подчиненные ей подцели первого, второго и последующего уровней («ветви дерева»).

Цель – зрительное понимание результата, конечное состояние или желаемый результат, которого стремится достичь медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь детскому населению.

Чем больше целей ставит перед собой организация, тем она сложнее по структуре и управляемости.

Дерево целей позволяет идентифицировать причинно-следственные связи внутри существующей системы, позволяет построить «дерево целей», которое состоит из последовательности действий, представленных в виде «узлов» с возможными вариантами последствий.

В нашем случае, для реализации задачи - разработка рекомендаций для улучшения обслуживания жалоб детского населения с заболеваниями органов дыхания, мы использовали изучение косвенных объективных и субъективных факторов, влияющих на качество медицинской помощи.

При составлении причинно-следственной связи, влияющей на качество медицинской помощи детям с патологией органов дыхания, мы ориентировались не только на субъективные факторы - опросник, составленных для респондентов, а также использовали объективные факторы.

Первый объективный фактор – это медицинские кадры: укомплектованность, текучесть кадров, нагрузка персонала.

Второй объективный фактор – это преемственность стационара и поликлиники: 100% госпитализированных в пульмонологическое отделение (педиатрическое отделение №2) из числа опрошенных – поступили экстренно (Процент меньше был по тексту)

Третий субъективный фактор – удовлетворенность респондентов качеством медицинской помощи: доступность, безопасность, профессионализм медицинских работников, коммуникативные навыки, полнота исследования.

Четвертый – неудовлетворенность респондентов качеством питания и их информированностью.

Структурно-иерархическая составляющая нашего предложения по результатам работы представлена в виде схемы (рис.13).

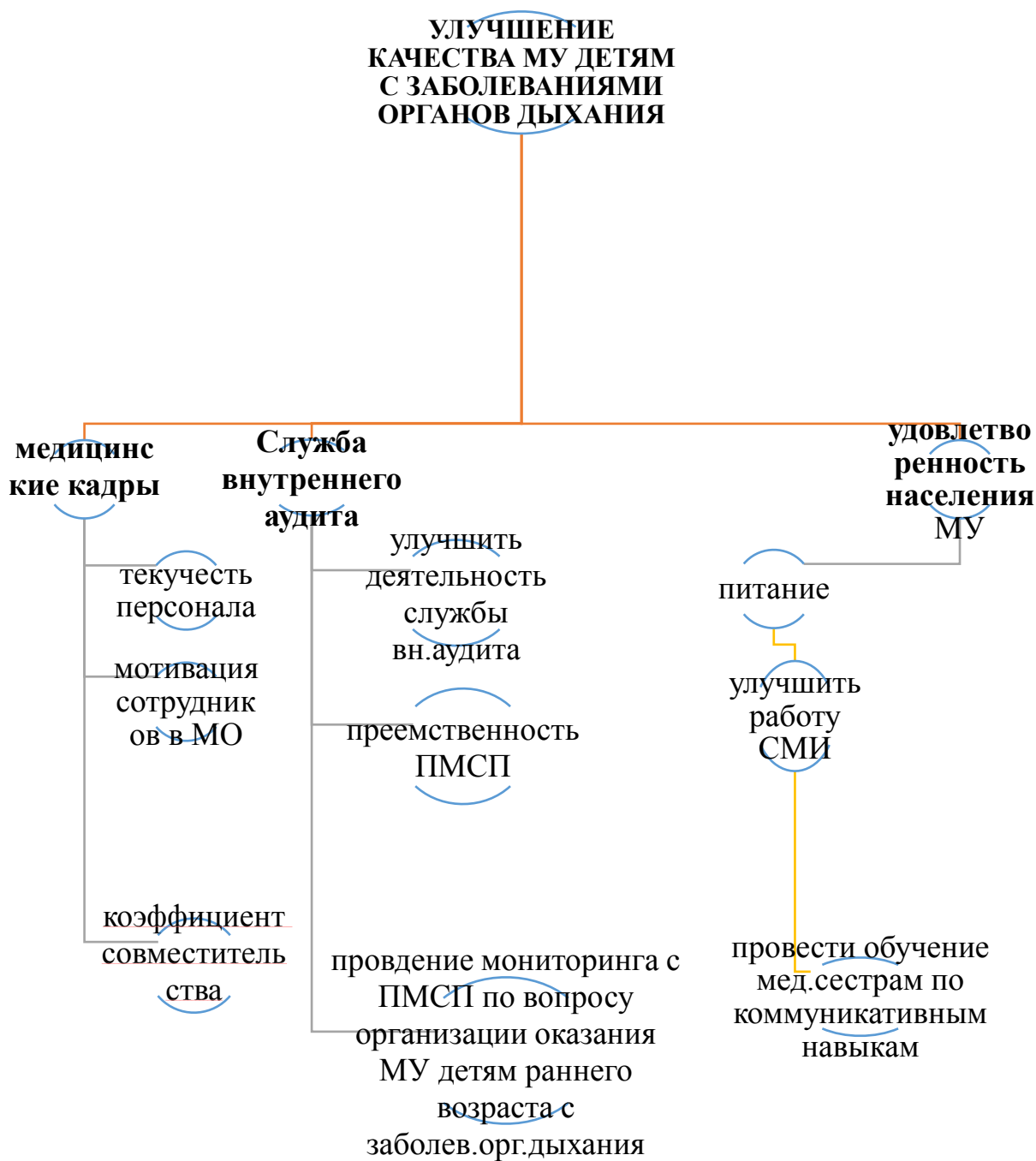


Рисунок 13 - Управленческое предложение (метод «дерево целей») для улучшения качества медицинской помощи детскому населению с патологией органов дыхания

Предлагаемые нами расчеты текучести персонала: текучесть кадров = количество уволившихся из медицинской организации за определенный период / среднесписочную численность за тот же период × 100.

По отношению к причине ухода текучесть может быть: активной – сотрудник хочет уйти или сменить работу, так как неудовлетворен какими-то внутренними факторами: зарплатой, отношением, условиями труда и т.п.; пассивной – тот или иной сотрудник не устраивает предприятие по своим трудовым или личностным качествам.

Чем выше коэффициент текучести кадров, тем тревожнее обстановка в медицинской организации. Подобная ситуация характеризуется частыми увольнениями сотрудников с высокой квалификацией и появлением большого количества новых кадров. А это означает для медицинской организации как потерю стабильности, так и высокие затраты на поиск и обучение нового персонала. Одной из важнейших причин высокой текучести кадров называют низкий уровень социальной защищенности сотрудников.

Для расчета показателя текучести рабочей силы применяются две формулы:

1. Коэффициент увольнений или потерь, который показывает число увольнений за период (как правило, за один год) в процентах от среднего числа занятых в тот же период. Таким образом, он равен: $(\text{Число увольнений за период}) / (\text{Средняя численность персонала за период}) \times 100\%$.

2. Индекс стабильности рабочей силы, который показывает долю работников, проработавших в компании как минимум в течение одного года. Он обычно рассчитывается следующим образом: $(\text{Численность работников, проработавших в течение как минимум одного года}) / (\text{Число работников, принятых год назад}) \times 100\%$.

Установлены примерные пределы, в рамках которых текучесть считается нормальной – 3-5%, Показатель меньше 3% говорит о застое, цифры более 50% – о серьезных проблемах. У работников разного уровня нормой могут считаться отличающиеся показатели: у менеджеров высокого звена – 0-2%; обычные управляющие – до 10%; рядовые сотрудники – до 30%; неквалифицированный персонал – до 50%.

Далее, коэффициент совместительства, возможно, уменьшить только за счет активной кадровой политики, рекрутинга. Общеизвестно, если внутри медицинской организации нестабильный коллектив, то причина не только низкая заработная плата, но и социально-психологический климат. Поэтому, инструменты для формирования коллектива – это организационная культура, философия организации, личная ответственность руководителей отделений за стабильность коллектива внутри отделения.

Преимущество с ПМСП – важный фактор, но, возможно, для данной стационарной медицинской помощи он не будет являться побудительным для действия. Так как, стационар, чтобы выполнить показатели нагрузки койки не откажут в госпитализации. Поэтому, необходимо, провести рейтинг ПМСП, от которых поступают пациенты, необходимо данный показатель мониторировать.

Обратная связь от респондентов, получивших медицинскую помощь детям с патологией органов дыхания позволила выявить факторы в конкретной медицинской организации влияющие на удовлетворенность качеством

медицинской помощи: питание, полнота информации на сайте, полнота информации от лечащего врача; коммуникативные навыки средних медицинских работников.

Предложения по улучшению качества медицинской помощи по результатам анкетирования нами представлены в табличной форме (табл.24).

Таблица 24 – Обоснование практических рекомендаций на основании проведенного анкетирования

| Шкала | Мероприятия | Обоснование |
|------------------------|--|--|
| Питание | провести экспертизу качества питания в стационаре в течении текущего года | результаты анкетирования |
| Коммуникативные навыки | медицинским сестрам и врачам провести краткосрочный курс «коммуникативные навыки» - у кого были жалобы от населения | рост числа жалоб от населения - необоснованных |
| Доступность информации | улучшить информационный интерфейс на сайте; буклеты, видеоролики, информативные стенды в стационаре | результаты анкетирования |
| Риск менеджмент | соблюдение санитарных норм в отделениях | результаты анкетирования |
| Профессионализм врача | улучшить путем проведения ПК, семинаров по коммуникативным навыкам и разъяснительные работы среди родителей детей раннего возраста | результаты анкетирования |

Таким образом, нами было проведено качественное обоснование рекомендаций для улучшения обслуживания детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания в многопрофильной городской детской больнице №1 г.Нур-Султан.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медико-организационные основы оказания медицинских услуг детям раннего возраста с болезнями органов дыхания являются актуальной задачей исследования в современных условиях.

Медицинская составляющая актуальности:

– это лидирующее место в структуре заболеваемости у детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания в Казахстане.

Организационная составляющая данного исследования:

- изучение косвенных объективных факторов (управление кадрами на госпитальном уровне, организация потока поступления детей в стационар)
- анализ косвенных субъективных факторов, влияющих на удовлетворенность детей раннего возраста качеством медицинских услуг.

По определению ВОЗ, «Качество медицинской помощи – это мера соответствия оказываемой медицинской помощи современному уровню медицинской науки и технологии в реальных условиях существующей системы здравоохранения и конкретного лечебного учреждения». Качество медицинской помощи при определении задач делится на четыре компонента качества медицинской помощи [83]:

- 1) выполнение профессиональных функций (технологическое качество);
- 2) использование ресурсов (техническое качество);
- 3) контроль степени риска (опасность травмы или возникновения заболевания в результате медицинских вмешательств);
- 4) удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

В нашем исследовании мы изучили, согласно ВОЗ:

- 1) выполнение профессиональных функций. Данную задачу мы изучили в анкете при удовлетворенности населения профессионализмом лечащего врача;
- 2) использование ресурсов мы изучали на основе показателей укомплектованности медицинских работников в стационаре;
- 3) контроль степени риска мы изучили путем анализа ответов респондентов на вопрос об удовлетворенности на санитарные нормы в стационаре и технику безопасности;
- 4) удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием мы изучили на основе комплексного подбора факторов: доброжелательности, полноты беседы, доступность, информативность, качества медицинских услуг.

В МГДБ№1 г.Нур-Султан недостаток детских врачей (пульмонологов, педиатров, реаниматологов-анестезиологов), медицинских сестер (палатных) – фактор перегрузки врачей и средних медицинских работников, текучести кадров.

Анализ структуры всех причин жалоб и обращений, касающихся качества оказания медицинских услуг в МГДБ№1 за 3 года показал, что на первом месте (41,0%) жалобы на работу приемного покоя, на втором месте (20%) – это нарушение этики и деонтологии (врачи и медицинские сестры), на третьем месте (15%) – качество медицинской помощи.

Болезни органов дыхания – в структуре заболеваемости МГДБ№1 занимают первое место, в структуре смертности на третьем месте.

Выявлены факторы несоблюдения преемственности на уровне ПМСП: основная доля пациентов поступали экстренно.

Выявлены следующие причины, вызвавшие неудовлетворенность пациентов в детской больнице согласно ранжированию: низкая организация питания, недостаточная информативность в СМИ, коммуникативные навыки медицинских работников, профессионализм врачей и соблюдение санитарных норм и правил.

Каждый десятый пациент оплачивал услуги лично медицинскому персоналу, 16 из 100 пациентов дополнительно приобретали лекарственные средства за счет собственных средств.

Каждый четвертый пациент выбирал данную медицинскую организацию по рекомендациям.

На основании проведенного нами исследования мы получили следующие **ВЫВОДЫ:**

1. Анализ международного опыта причин возникновения и характера жалоб касающихся качества медицинской помощи представлен в большинстве случаев следующим образом: отмечается недостаточный уровень сформированности коммуникации у медицинского персонала (врачи и медицинские сестры); недостаточное объяснения диагноза, тактики обследования, лечения; снижению внимания врача к личностным факторам и эмоциональному состоянию пациента; бытовых условий пребывания в стационаре и поликлиниках и уровень сервисных услуг; также разнообразием питания; время ожидания врача.

2. Оценка удовлетворенности населения качеством оказания медицинских услуг детям раннего возраста с патологией органов дыхания по результатам анкетирования по 5 бальной системе соответствует 4,2 или 84,0%. При этом превалирует факторы: неудовлетворенность в рационе питания, отсутствие полноты информации в СМИ и недостаточные коммуникативные навыки медицинских работников (врачей и медицинских сестер), риск менеджмент. В структуре всех причин жалоб и обращений, касающихся качества оказания медицинских услуг детям раннего возраста с заболеваниями органов дыхания в МГДБ№1 за 3 года: на первом месте (41,0%) жалобы на работу приемного покоя, на втором месте (20%) – это нарушение этики и деонтологии (врачи и медицинские сестры), на третьем месте (15%) – качество медицинской помощи.

3. Использованный нами метод «дерева целей» позволил выделить комплексные структурированные факторы: управление кадрами (текучесть кадров), нарушение преемственности с ПМСП, недостаточная удовлетворенность родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания качеством медицинской помощи. Применение разработанной нами анкеты по изучению удовлетворенности родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания позволил выявить факторы, причины, структуры жалоб.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В плане мероприятий по корпоративному управлению МГДБ№1 г.Нур-Султан рекомендуем включить следующие вопросы, выделенные по 5 факторной шкале:
 - a) мониторинг преемственности с ПМСП по оказанию медицинских услуг детям раннего возраста с заболеваниями органов дыхания;
 - b) улучшение качества питания детей раннего возраста в стационаре;
 - c) улучшение работы в СМИ;
 - d) обучение медицинских работников (врачей и медицинских сестер пульмонологического отделения) по теме: «Коммуникативные навыки» с последующей аттестацией;
 - e) соблюдение санитарных норм в отделениях.
2. Для уменьшения текучести кадров медицинских работников МГДБ№1 г. Нур-Султан предлагается разработать: Концепцию кадровой политики с учетом мотивации, с использованием предложенного нами метода «Дерево целей».
3. Предложенная нами анкета по изучению удовлетворенности качеством медицинских услуг родителей детей раннего возраста с заболеваниями органов дыхания может быть использована в работе службы внутреннего аудита МГДБ№1 г. Нур-Султан.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана, 5 октября 2018 г. «Рост благосостояния казахстанцев: повышение доходов и качества жизни».
2. Послание Президента Республики Казахстан - лидера нации Н. А. Назарбаева народу Казахстана 14 декабря 2012 г. Стратегия «Казахстан – 2050».
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы принята Указом Президента Республики Казахстан № 176 от 15 января 2016 года.
4. Ильенкова Н.А. Оптимизация диагностики и лечения болезней органов дыхания у детей (на примере Красноярского края): автореф. ... доктор. мед. наук. - Красноярск, –2007. - 25 с.
5. Жирнов В.А. Оптимизация диагностики и лечения хронической бронхолегочной патологии у детей (на примере Самарской области): автореф. ... доктор. мед. наук. - Самара, –2013. - 49 с.
6. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses. 2. World Health Organization: Geneva; 2013
7. World Health Organization Improving the quality of paediatric care: an operational guide for facility-based audit and review of paediatric mortality. Number of pages: 128. Publication date: 2018. Languages: English. ISBN: 978-92-4-151518-4
8. Costello AM and Dalglish SL on behalf of the Strategic Review Study Team. “Towards a Grand Convergence for child survival and health: A strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCI.” Geneva: WHO, 2016.
9. Bernadette Modell, RJ Berry, Coleen A Boyle, Arnold Christianson, Matthew Darlison, Helen Dolk, Christopher P Howson, Pierpaolo Mastroiacovo, Peter Mossey, Judith Rankin. Global regional and national causes of child mortality. The Lancet, Volume 380, Issue 9853, 3–9 November 2012, Pages 1556.
10. Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, Michie S, Foy R, Francis JJ, et al. No more ‘business as usual’ with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. Implement Sci. 2014; 9:14. doi: 10.1186/1748-5908-9-14.
11. Hysong SJ, Teal CR, Khan MJ, Haidet P. Improving quality of care through improved audit and feedback. Implement Sci. BioMed Central. –2012. 7:45. doi: 10.1186/1748-5908-7-45.
12. Hysong SJ. Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. Med Care NIH Public Access. –2009. 47:356–363. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181893f6b.
13. Kluger AN, DeNisi A. The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. Psychol Bull. 1996; 119:254–284. doi: 10.1037/0033-2909.119.2.254
14. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. In:

Ivers N, et al., editors. Progress in translating policy changes such as these. Chichester: Wiley, Ltd; 2012. p. CD000259.

15. Hysong SJ. Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. *Med Care.* –2009;47(3):356–363. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181893f6b

16. Kluger AN, DeNisi A. The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin.* –1996; 119(2) : 254–284.

17. Roter DL, Yost KJ, O'Byrne T, et al. Communication predictors and consequences of Complementary and Alternative Medicine (CAM) discussions in oncology visits. *Patient Educ Couns.* – 2016. 99(9):1519–1525. doi:10.1016/j.pec.2016.06.002

18. Lopez C., Telemed J. A telephone survey of patient satisfaction with realtime telemedicine in a rural community in Colombia. *Telecare.* - 2011.-Vol. 17(2). - P. 83-87.

19. Ball LE, Barnes KA, Crossland L, Nicholson C, Jackson C. Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* – 2018. 18(1):866. Published 2018 Nov 19. doi:10.1186/s12913-018-3687-4

20. Chabot J.M. Medical practice beyond 2010 // *Rev. Prat.* - 2010. - Mar, 20, Vol. 60 (3). - P. 391-392.

21. Hsiao C.J. Electronic Medical Record Features and Seven Quality of Care Measures in Physician Offices / C. J Hsiao, J. A. Marsteller, A. E. Simon// *Am. J. Med. Qual.* - 2013. - Apr, Vol. 22.

22. Scheepers RA, Boerebach BC, Arah OA, Heineman MJ, Lombarts KM. A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *Int J Behav Med.* – 2015. 22(6):683–698. doi:10.1007/s12529-015-9473-3

23. Cohen DJ, Dorr DA, Knierim K, et al. Primary Care Practices' Abilities And Challenges In Using Electronic Health Record Data For Quality Improvement. *Health Aff (Millwood).* – 2018. 37(4):635–643. doi: 10.1377/hlthaff.2017.1254

24. Меньшикова Л. И., Дьячкова М. Г., Вязмин А. М., Светличная Т. Г., Мордовский Э. А. Удовлетворенность пациентов Архангельской области первичной медико-санитарной помощью // *Социальные аспекты здоровья населения.* 2013. № 5. С. 1-14.Л

25. Scheepers RA, Boerebach BC, Arah OA et al. A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *Int J Behav Med.* – 2015. 22(6):683–698. doi:10.1007/s12529-015-9473-3Л

26. Hageman, M.G.J.S., Ring, D.C., Gregory, P.J. *et al.* Do 360-degree Feedback Survey Results Relate to Patient Satisfaction Measures?. *Clin Orthop Relat Res* **473**, 1590–1597 (2015). <https://doi.org/10.1007/s11999-014-3981-3>

27. Duberstein P., Meldrum^bS. Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient Education and Counseling.* Vol. 65, Issue 2, February 2007, Pages 270-274

28. Foy R, Eccles MP, Jamtvedt G, Young J, Grimshaw JM, Baker R. What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. *BMC Health Serv Res.* –2005. 5:50. Published 2005 Jul 13.
29. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. *The Cochrane Library.* Oxford: Update Software; 2004. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes
30. Hombergh P, Grol R, Hoogen HJ. Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers. *Qual Health Care.* –1999. 8(3):161–166. doi:10.1136/qshc.8.3.161
31. Ivers NM, Grimshaw JM, Jamtvedt G, et al. Growing literature, stagnant science? Systematic review, meta-regression and cumulative analysis of audit and feedback interventions in health care. *J Gen Intern Med.* 2014; 29(11):1534–1541
32. Орлов А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. –2015.-№1. Публикация 4-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/4979.pdf>
33. Тимошенкова Т. В. Комплексное изучение неудовлетворенности медицинской помощью в муниципальном образовании (на примере муниципального образования «Городской округ Реутов» Московской области): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2009. - С. 3.
34. Гокин А.Г., Шуваева Т.И., Ворвуль А.О., Приходкин Н.Н. Оценка удовлетворенности пациентов разных возрастных групп качеством медицинской помощи, питания, бытовыми условиями и информированностью в хирургическом стационаре // В сборнике: Молодежь - практическому здравоохранению Материалы XII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых-медиков. -2018. -С. 267-269.
35. Мазелис В.В. Формирование диалогичности профессиональной коммуникации будущих врачей в процессе обучения в вузе (на примере коммуникации "врач-больной") // Мир науки, культуры, образования. -2015. -№ 1 (50). -С. 184-185.
36. Бабчинская И.А., Рожкова М.А., Гавриленко Н.Г. Коммуникация в системе «врач - пациент»: проблема использования специальной терминологии // В сборнике: Молодежь, Наука, Медицина Материалы 63-й всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. Редколлегия: М.Н. Калинин [и др.]. -2017. -С. 32-35.
37. Виноградова Е.В., Бандурист И.С. Особенности дискурсивной семантики в коммуникации "врач-пациент" // Филологические науки. Вопросы теории и практики. -2015. -№ 3-2 (45). -С. 51-54.
38. Афанасова В.В. Модальность в медицинском дискурсе как средство увеличения эффективности коммуникации врача и пациента // Россия и Запад: диалог культур. -2016. -№ 12. -С. 87-93.
39. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В. Роль эффективных коммуникаций врача и пациента как фактор успешного психологического

преодоления болезни // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской техники. -2014. -№ 10. -С. 6-8.

40. Интернет как эффективная площадка коммуникаций с врачами // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской техники. 2010. №7. - С.32-34. http://elibrary.ru/download/elibrary_15014894_18895852.pdf

41. Белякова Р.А. Стратегия достижения эффективности в коммуникации врач-пациент // В сборнике: Медицинский дискурс: вопросы теории и практики Материалы 5-й международной научно-практической и образовательной конференции. Под общей редакцией Е.В. Виноградовой. -2017. -С. 11-14.

42. Гокин А.Г., Маркина Е.В., Шуваева Т.И. Результаты анализа удовлетворенности бытовыми условиями и качеством питания пациентов хирургического стационара курской областной клинической больницы // В сборнике: Молодежь, Наука, Медицина Материалы 64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. -2018. -С. 343-347.

43. Бацукова Н.Л., Замбржицкий О.Н., Фомина А.И., Дорошевич В.И. Лечебно-диетическое питание кардиологических больных (на примере кардиологического отделения городской клинической больницы № 11) // Здоровье и окружающая среда. -2011. -№ 17. -С. 154-156.

44. Боровик Т.Э., Семенова Н.Н., Лопаткина Е.Б., Ладодо К.С., Кутафина Е.К., Степанова Т.Н. Питание детей в условиях многопрофильной больницы // Вопросы детской диетологии. -2003. Т. 1. -№ 4. -С. 82-86.

45. Симонова А.Г. Разработка автоматизированной информационной подсистемы организации лечебного питания на примере ОГБУЗ "Городская больница №2" // Вестник научных конференций. -2016. -№ 9-5 (13). -С. 159-161.

46. Койшанбаева Н.М. Об эффективности использования информационных систем в организации лечебного питания многопрофильной больницы // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. -2013. -№ 1. -С. 71.

47. Бычков И.Н. Реальная практика применения клинического питания в больницах Ростова-на-дону и области // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. -2009. -№ 4. -С. 350-354.

48. Атарбаева М.Д., Каусова Г.К., Атарбаева В.Ш. К вопросу организации преемственности медицинской помощи населению // Вестник Казахского Национального медицинского университета. -2017. -№ 1. -С. 490-494.

49. Шейман И.М., Шевский В.И. Процессы концентрации и интеграции медицинских служб в зарубежном и отечественном здравоохранении: есть ли приращение эффекта? // Вопросы государственного и муниципального управления. -2019. -№ 1. -С. 111-135.

50. Фомин Е.П., Коновалов О.Е., Киселев А.М. К вопросу об удовлетворенности пациентов медицинской помощью в стационаре // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2014. Т. 19. № 6. С. 2010-2012.

51. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, Ill., 2010.

52. Айыпханова А.Т. Удовлетворенность пациента как индикатор качества в медицинской организации // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. 2012. Т. 2. № 2-2. С. 113-118.

53. Абылкасымов Е.А., Девятко В.Н., Захаров И.С. К вопросу о принципах управления качеством медицинской помощи, оказываемой в рамках государственного заказа // Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, РАМН.- Москва, 2002. - Ч.II. -С.15-19.

54. Третьякова С.Н., Игликова А.Э., Маликов Б.М., Масимов А.Б., Керимкулов Н.К. Социологический опрос, как составляющий компонент оценки качества медицинской помощи. // ДСДЖ. – 2007. – №3 (44). – С. 63 – 65.

55. Исаев Д.С., Игликова А.Э., Надиров Ж.К., Сманов К.Д., Байтурина Н.М., Садыков О.С., Байжунусов Э.А., Рустемова А.Ш., Ергешова М.Б. Новое концептуальное и методологическое видение процессов обеспечения качества медицинской деятельности // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. 2007. – №2-3. – С. 46.

56. Исаев Д.С., Третьякова С.Н., Игликова А.Э., Акшалова Д.З., Рудакова В.А. Использование системного анализа в обеспечении качества медицинской помощи: тезисы (Швейцария 3-4 июня 2008 г.).

57. Исаев Д.С., Третьякова С.Н., Игликова А.Э. и др. Использование системного анализа в обеспечении качества медицинской помощи // Society for medical decision making SMDM Europe. – Швейцария, 2008. – С. 22-24.

58. Ликстанов М.И. Количественные методы исследования качества оказания медицинских услуг. Анкетирование пациентов ГКБ№3. <http://www.kemoms.ru/DOCS/konfl10y/teslikst.htm/>.

59. Амлаев К. Качество и доступность медицинской помощи в условиях реализации национального проекта // Врач. - 2008. - № 1. - С. 82-84.

60. Исаев Д.С., Игликова А.Э., Надиров Ж.К. и др. Новое концептуальное и методологическое видение процессов обеспечения качества медицинской деятельности // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - 2007. – № 2-3. – С. 46.

61. Токмурзиева Г.Ж. Доступность и качество медицинской помощи в Казахстане (результаты социологического опроса, проведенного в рамках Года здоровья) // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2003. - № 26. - С. 18-21.

62. Хабриев Р.У., Воробьев П.А., Юрьев А.С. и др. Индикаторы качества оказания медицинской помощи (региональный уровень) // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 10. – С. 9-30.

63. Москвина С.С. Медико-организационные аспекты удовлетворенности взрослых пациентов оказанием медицинской помощи в поликлиниках: автореф. ... канд. мед. наук. - Москва, 2013. - 27 с.

64. Москвина С.С. Оценка удовлетворённости населения оказанием медицинской помощи в поликлиниках г. Иваново и Ивановской области // Фундаментальная наука и клиническая медицина - человек и его здоровье :ХУ Юбилейная Всерос. медико-биол. конф. молодых исследователей. — СПб., 2012. — С. 199—200.

65. Москвина, С С. Анализ мнения работников здравоохранения г. Иваново об удовлетворённости пациентов медицинской помощью в поликлиниках // Материалы 40-й конференции молодых ученых // Вестн. Смоленской медицинской академии. — 2012. С. 39-40.

66. Москвина, С.С. Оценка удовлетворённости пациентов оказанием медицинской помощи // Современные проблемы эффективности управления здравоохранением: матер, конф. с междунар. участием.-М., 2012. С. 137-139.

67. ГОСТ Р ИСО 10002-2007 Менеджмент организации. Удовлетворенность потребителя. Руководство по управлению претензиями в организациях (Organization management. Customer satisfaction. Guidelines for complaints handling in organizations).

68. Антонова, Н. Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования как социологическая проблема / Н. Л. Антонова // Известия Уральского государственного университета. 2007. - № 51. - С. 168 - 179.

69. Артемьева, Г. Б. Изучение удовлетворённости населения Рязанской области медицинской помощью, оказанной в системе обязательного медицинского страхования / Г. Б. Артемьева, И. А. Гехт // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2012. - № 4.- С. 63 - 66.

70. Ацель, Е. А., Фомина А.В. Управление качеством медицинской помощи в период модернизации здравоохранения // Современные исследования социальных проблем. - 2013. - № 1 (21).

71. Булькина, Г. Р. Социологический опрос в организации оценки качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2010. - № 3. - С. 38-41.

72. Каппушев, У. О. Методические подходы к управлению удовлетворённостью больного медицинской услугой как свойством качества / У. О. Каппушев, О. В. Тюрина, Т. П. Васильева, М. Д. Васильев // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: матер, учеб. -практ. конференции. - М., 2001. - Ч. 1. - С. 223-225.

73. Ломакин, А. Г. Изучение мнения пациентов национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова о качестве медицинской помощи / А. Г. Ломакин // Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2010. - № 5. - С. 30-33.

74. Лузанова, И. М. Медико-юридические конфликты как индикатор качества медицинской услуги / И. М. Лузанова // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2012. - № 1. - С. 48-54.

75. Методика осуществления программы социологического мониторинга удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи. - М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2005. - 60 с.
76. Методические рекомендации по организации проведения социологических опросов по определению уровня удовлетворённости населения города Москвы медицинской помощью: приложение к приказу департамента здравоохранения города Москвы от 13.11.2012 № 1273 // Здравоохранение. - 2013. - № 1.
77. Ball LE, Barnes KA, Crossland L, Nicholson C, Jackson C. Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):866. 2018. Nov 19. doi: 10.1186/s12913-018-3687-4
78. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Куракбаев К.К. и др. Оценка пациентами качества стационарной медицинской помощи в Республике Казахстан // Экология человека. 2017. №8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-patsientami-kachestva-statsionarnoy-meditsinskoj>
79. Турдалиева Б.С., Байсугурова В.Ю., Кашафутдинова Г.Т., и др. Оценка населением города Алматы Республики Казахстан качества медицинской помощи: поперечное исследование // Экология человека. 2017. №11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-naseleniem-goroda-almaty>
80. Тажибаева К.Н., Булешов М.А., Булешова А.М., и др. Оценка качества медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в амбулаторнополиклинических учреждениях Южно-Казахстанской области Республики Казахстан // Экология человека. 2017. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-kachestva>
81. Независимое социологическое исследование по анализу и оценке удовлетворительности населения качеством и доступности медицинской помощи. 2016. <http://medscience.kz/2016/09/12/3747/>
82. Интернет-ресурс: <http://www.stat.gov.kz>
83. <https://med.mcfk.kz/article/276-sovremennyye-podhody-k-upravleniyu-kachestvom-meditsinskoj-pomoshchi>

ПРИЛОЖЕНИЕ А

РГКП "Денсаулык" проводит изучение мнения стационарных больных об удовлетворенности стационарной помощью. Ответы на вопросы позволят улучшить качество оказания медицинской помощи стационарным больным. Вы можете не подписывать анкету, нам важно знать Ваше мнение. Цифру ответа обведите.

| Вопросы и варианты ответов | Шифр | ответа |
|---|------|--------|
| 1. В какой больнице Вы лечились? | | |
| 2. В каком отделении этой больницы Вы лечились? | | |
| 3. У какого врача Вы лечились? | | |
| 4. Как долго Вы ожидали госпитализации в приемном отделении больницы? | | |
| 4.1 Меньше часа | 1 | |
| 4.2 От одного до двух часов | 2 | |
| 4.3 От двух до трех часов | 3 | |
| 5. Как часто Вас осматривал лечащий врач? | | |
| 5.1 Ежедневно | 1 | |
| 5.2 Через день | 2 | |
| 5.3 Через два дня | 3 | |
| 5.4 Два раза в неделю | 4 | |
| 6. Довольны ли Вы своим лечащим врачом? | | |
| 6.1 Да | 1 | |
| 6.2 Нет | 2 | |
| 6.3 Не совсем | 3 | |
| 7. Если Вы недовольны или не совсем довольны лечащим врачом, то отметьте, пожалуйста, причины недовольства: | | |
| 7.1 Излишняя поспешность в работе | | 1 |
| 7.2 Недостаточное внимание к больным | | 2 |
| 7.3 Нетактичное обращение с больными | | 3 |
| 7.4 Не может расположить к себе больного | | 4 |
| 7.5 Кажется Вам недостаточно знающим в вопросах лечения Вашего заболевания | | |
| 7.6 Другие причины (вписать) | | |
| 8. Осматривал ли Вас в процессе лечения заведующий отделением? | | |
| 8.1 Да | 1 | |
| 8.2 Нет | 2 | |
| 9. Как Вы оцениваете работу врачей отделения в целом? | | |
| 9.1 Хорошо | 1 | |
| 9.2 Удовлетворительно | 2 | |
| 9.3 Не очень удовлетворительно | 3 | |
| 9.4 Неудовлетворительно | 4 | |
| 10. Как Вы оцениваете работу медицинских сестер отделения в целом? | | |
| 10.1 Хорошо | 1 | |
| 10.2 Удовлетворительно | 2 | |
| 10.3 Не очень удовлетворительно | 3 | |
| 10.4 Неудовлетворительно | 4 | |

11. Укажите фамилии, имена, отчества: Вашего лечащего врача _____
врачей отделения, которые профессионально и добросовестно относятся к своим служебным обязанностям (вписать) _____
медицинских сестер, которые профессионально и добросовестно относятся к своим служебным обязанностям (вписать) _____
12. Удовлетворены ли Вы санитарно-гигиеническими условиями в больнице: а) состоянием палаты, где Вы лежали
- | | | |
|-----------------------------|---|---|
| 12.1.1 да | 1 | |
| 12.1.2 нет | 2 | |
| 12.1.3 затрудняюсь ответить | | 3 |
- 12.2 б) состоянием и чистотой смены белья
- | | | |
|-----------------------------|---|---|
| 12.2.1 да | 1 | |
| 12.2.2 нет | 2 | |
| 12.2.3 затрудняюсь ответить | | 3 |
- 12.3 в) состоянием питания
- | | | |
|-----------------------------|---|---|
| 12.3.1 да | 1 | |
| 12.3.2 нет | 2 | |
| 12.3.3 затрудняюсь ответить | | 3 |
13. Как Вы расцениваете работу больницы в целом?
- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| 13.1 Удовлетворительно | 1 | |
| 13.2 Не вполне удовлетворительно | | 2 |
| 13.3 Неудовлетворительно | | 3 |
14. Если Вы не удовлетворены или не вполне удовлетворены работой больницы, то укажите причины:
- | | | |
|--|--|---|
| 14.1 Невнимательное отношение врачей | | 1 |
| 14.2 Отсутствие необходимых медикаментов | | 2 |
| 14.3 Невнимательное отношение среднего медицинского персонала | | 3 |
| 14.4 Невнимательное отношение младшего персонала | | 4 |
| 14.5 Невозможность получить необходимую помощь без "материального поощрения" | | |
- Другие (вписать) _____
15. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья на момент выписки из больницы:
- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| 15.1 Удовлетворительное | 1 | |
| 15.2 Не вполне удовлетворительное | | 2 |
| 15.3 Неудовлетворительное | | 3 |
16. Как изменилось состояние Вашего здоровья в процессе лечения в стационаре:
- | | | |
|--------------------|---|---|
| 16.1 Улучшилось | 1 | |
| 16.2 Не изменилось | | 2 |
| 16.3 Ухудшилось | | 3 |

Ваши личные дополнения к анкете

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

АНКЕТА

Уважаемая пациентка/мама пациента!

Для нас важно узнать Ваше (анонимное) мнение о качестве оказываемых нами медицинских услуг и работе наших сотрудников. Ваши ответы помогут нам оценить и улучшить нашу работу, чтобы соответствовать Вашим потребностям.

Ваш возраст: _____ **Сколько дней провели в нашей Больнице:** _____

Отделение: _____ **Дата заполнения:** _____

Экстренно \ **Планово**

| № | Вопрос | Оцените по 5 бальной шкале | | | | |
|---|---|----------------------------|------------|------------|---------------|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Как Вы оцениваете доброжелательность и вежливость врачей? | | | | | |
| 2 | Как Вы оцениваете доброжелательность и вежливость медсестер? | | | | | |
| 3 | Как Вы оцениваете доступность и полноту беседы медицинского персонала по поводу заболевания, лечения, ухода? | | | | | |
| 4 | Как Вы оцениваете регулярность и тщательность проведения осмотра Вашим лечащим врачом? | | | | | |
| 5 | Как Вы оцениваете соблюдение правил безопасности, санитарных норм при проведении процедур? | | | | | |
| 6 | Как Вы оцениваете качество и разнообразие питания? | | | | | |
| 7 | Как Вы оцениваете чистоту помещений и комфорт пребывания? | | | | | |
| 8 | Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации? | | | | | |
| 9 | Сколько времени прошло от получения Вами направления на стационарное лечение до момента госпитализации (для пациентов, поступивших на | До 3 дней | До 10 дней | До 20 дней | Свыше 20 дней | |

| | | | | | | |
|----|---|----|---|-----|---|---|
| | стационарное лечение в плановом порядке)? | | | | | |
| 10 | Удовлетворены ли Вы уровнем квалификации (профессионализма) Вашего лечащего врача? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Приходилось ли Вам покупать лекарственные препараты за счет собственных средств? Если «ДА», то укажите, пожалуйста, приобретенные препараты: Исключение: пациенты на платной основе и лекарства, не входящие в список гарантированного объема квоты. | ДА | | НЕТ | | |
| 12 | Приходилось ли Вам оплачивать за услуги непосредственно медперсоналу, минуя кассу? | ДА | | НЕТ | | |
| 13 | Почему Вы обратились в нашу Больницу? Планово <input type="checkbox"/> Сервис <input type="checkbox"/> Рекомендация <input type="checkbox"/> Медицинский состав <input type="checkbox"/> Качество <input type="checkbox"/> Узнаваемость Больницы <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 14 | Как Вы узнали про нашу Больницу? Интернет <input type="checkbox"/> Телевидение <input type="checkbox"/> Направление от лечащего врача <input type="checkbox"/> Буклет <input type="checkbox"/> Рекомендация (друзья, родственники и т.д.) <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 15 | Оцените по пятибалльной шкале качество полученной Вами медицинской помощи. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Ваши пожелания и предложения для улучшения работы нашей Больницы: | | | | | |