

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Рекомендовано д. мед. н., професором В. А. Огневим

УДК 616-058+614.254+616-089

СТРАТЕГІЇ ПОЛІПШЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О. З. Децик, І. В. Стівбан, А. М. Яворський, М. І. Яворський

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України.
E-mail: oryna_detsyk@ukr.net

З метою обґрунтування і розробки ефективних стратегій поліпшення задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги провели медико-соціальне дослідження у два етапи. На першому етапі опитали 530 хворих, які завершували лікування у хірургічних відділеннях стаціонарних закладів Івано-Франківської області всіх рівнів. На другому етапі оцінювали ефективність запропонованих стратегій у ході організаційного експерименту на базі 3-х районних (міських) та Обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області. Було встановлено, що основні причини невдоволеності хворих медичним обслуговуванням лежать у площині недоліків: інформаційно-деонтологічних (неналежне ставлення медичного персоналу, усунення пацієнтів від процесу прийняття рішення, неналежне інформування про права пацієнтів) і медико-організаційних (відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, лікарняних і догоспітальних підрозділів, невиконання стандартів стаціонарної допомоги). Запропоновано пацієнт-орієнтовані стратегії удосконалення якості медичної допомоги, упровадження яких під час організаційного експерименту довело їх ефективність і доцільність застосування в закладах охорони здоров'я.

Ключові слова: задоволеність пацієнтів, управління якістю медичної допомоги.

Постанова проблеми. Питання забезпечення якості медичної допомоги – одне із ключових завдань систем охорони здоров'я [3-5]. Міжнародні експерти ВООЗ визначають якість медичної допомоги як «рівень досягнення системами охорони здоров'я суттєвих цілей у поліпшенні здоров'я і відпо-

відності справедливим очікуванням населення», а головними її критеріями – ефективну і своєчасну медичну допомогу, ефективне використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів і результативність лікування [13].

На сьогодні якісним вважається медичне обслуговування, «при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто най-

О. З. Децик – доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства Івано-Франківського національного медичного університету

більше потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня» (2008) [3, 4, 7].

Слід зазначити, що за останні десятиліття відбулась еволюція поглядів на зміст поняття якості медичної допомоги та підходів до її оцінки. Біля своїх витоків концепція якості медичної допомоги була орієнтована переважно на пріоритети надавачів медичних послуг, а необхідність її регулювання на державному рівні спонукала до законодавчого запровадження механізмів ліцензування, акредитації, сертифікації, стандартизації медичної допомоги. Однак зміна соціально-психологічних настанов і перехід від патерналістської моделі відносин між лікарем і хворим до партнерської, а також міжнародний мейнстрим формування пацієнт-орієнтованих систем охорони здоров'я стали предикторами залучення самих пацієнтів у систему оцінки якості медичної допомоги як нагальної вимоги часу. Тобто відбулось переосмислення цінностей – пріоритетом для служб охорони здоров'я визнано не тільки поліпшення показників популяційного здоров'я, а й задоволення потреб та очікувань людей [2, 5, 7].

Тим більше, що дані наукових досліджень та передового досвіду доводять: думка споживачів медичних послуг має бути обов'язковим компонентом інтегрального критерію якості діяльності медичної служби або лікувального закладу. Це дозволяє звернути увагу на оцінку тих аспектів медичної допомоги, що становлять найбільшу цінність для пацієнтів і населення загалом, а отже, відповідає самій філософії поняття якості [6, 14, 16, 18].

В Україні у 2011 році прийнято Концепцію управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я на період до 2020 року, метою якої також визнано «створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги, поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного і справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості» [12].

Крім цього, нещодавно обов'язковою умовою для отримання вищої акредитаційної

категорії для закладів, що надають вторинну і третинну медичну допомогу, стало запровадження сертифікації системи управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2009 «Система управління якістю. Вимоги» [8, 9]. Як відомо, згадані стандарти базуються на моделі постійного вдосконалення якості (Continuous Quality Improvement), також орієнтованої на пріоритет задоволення потреб споживачів [15].

Все це стало наступним етапом удосконалення управління якістю в охороні здоров'я України й означає необхідність формування орієнтованої на пацієнта медичної допомоги [2, 5].

Формулювання цілей статті. На підставі вивчення пріоритетних чинників, які впливають на задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги, обґрунтувати оптимальні стратегії її поліпшення та оцінити їх ефективність.

Матеріали та методи. У дослідженні використані результати медико-соціального дослідження, що проводилось у два етапи. На першому етапі на базі хірургічних стаціонарних відділень для дорослих 6 міських і районних, 15 центральних районних та Обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області впродовж 2011-2012 рр. за власною програмою опитано репрезентативну вибірку 530 пацієнтів, які завершували лікування. За рівнем задоволеності наданою медичною допомогою респондентів було розділено на дві групи: не задоволених наданими послугами (158 осіб) і задоволених (372 особи). За головними демографічними параметрами: розподілом за віком, статтю та місцем проживання, тобто чинниками, що могли суттєво вплинути на доступ і задоволеність якістю медичної допомоги, групи порівняння (задоволені і не задоволені наданою допомогою) між собою не відрізнялися ($p > 0,05$).

На другому етапі дослідження оцінювали ефективність запропонованих стратегій у ході організаційного експерименту впродовж 2012-2013 рр. на базі трьох районних (міських) та Обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області. За створеною на підставі результатів першого етапу дослідження програмою опитали 445 пацієнтів.

Для вивчення впливу окремих чинників на задоволеність медичною допомогою використали методику розрахунку показника співвідношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95 % Confidential Interval, 95 % CI) [1]. Оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 -квадрат (χ^2) [17].

Використали методи: ретроспективний епідеміологічний, соціологічний, медико-статистичний.

Викладення основного матеріалу дослідження. Порівняльний аналіз отриманих на першому етапі дослідження даних дозволив визначити понад 50 різних чинників ризику незадоволеності медичною допомогою. Для їх систематизації та узагальнення використали кластерний аналіз, за результатами якого виділили чотири основні групи цих чинників: інформаційно-деонтологічні, медико-організаційні, доступності медичної допомоги та соціально-психологічної адаптації.

Як видно на рисунку, незважаючи на стереотипну громадську думку, що основними причинами невдоволення системою охорони здоров'я є недостатня доступність послуг для населення у фінансовому, територіальному, функціональному та інших аспектах, наше дослідження показало, що вплив цих чинників дещо перебільшений.

Найважливішими причинами невдоволеності медичним обслуговуванням виявились інформаційно-деонтологічні (сумарно OR = 4,42; 95 % CI: 3,05–11,29; $p < 0,05$), викликані головно неналежним ставленням з боку медичного персоналу, усуненням пацієнтів від процесу прийняття рішення щодо призначених їм методів медичних втручань, недостатнім обговоренням можливих наслідків захворювання, неналежним інформуванням пацієнтів про їх права і обов'язки.

Не менш важливими причинами формування невдоволеності пацієнтів медичним стаціонарним обслуговуванням є медико-організаційні чинники (сумарно OR = 3,72; 95 % CI: 1,86–9,69; $p < 0,05$). На сьогоднішній день хворих обурює відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, недостатньо швидке реагування на їх запити, дезорганізованість і нескоорди-

нованість у роботі лікарняних та догоспітальних підрозділів, недотримання права пацієнта на вільний вибір лікуючого лікаря, невиконання стандартів стаціонарної допомоги та незадовільні результати лікування.

Доступність якісної медичної допомоги в усіх її аспектах (фінансовому, територіальному, культурному та функціональному) серед причин невдоволеності медичним обслуговуванням знаходиться на третьому місці (сумарно OR = 2,53; 95 % CI: 1,57–4,12; $p < 0,05$). Головними складовими цієї групи факторів є: неналежні умови перебування в стаціонарі і харчування, необхідність плати за різні медичні послуги та догляд, погане матеріально-технічне та медикаментозне забезпечення, недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я на фоні низького рівня добробуту пацієнтів, відсталість медичних технологій, територіальна віддаленість закладів охорони здоров'я.

Найменш вагомими, проте суттєвими для поглиблення невдоволеності стаціонарним обслуговуванням є чинники, що відображають соціально-психологічну дезадаптацію пацієнтів (сумарно OR = 1,91; 95 % CI: 1,10–3,54; $p < 0,05$). Значно частіше невдоволення отриманою допомогою висловлювали пацієнти, що зловживають алкоголем, з недоброзичливими стосунками у сім'ях, без достатньої підтримки з боку родини, знайомих, з низьким індексом соціальної активності, з низькою самооцінкою власного здоров'я, зі скаргами на часті стреси.

Головна мета сучасної концепції загального управління якістю, тобто задоволення очікувань споживачів [3, 7], і результати факторного аналізу стали підставою для узагальнення та вибору можливих шляхів корекції встановлених груп чинників, які достовірно генерують невдоволення пацієнтів (табл.).

Як бачимо, всі ці чинники легко, без суттєвих додаткових витрат піддаються корекції через дотримання етико-деонтологічних принципів у повсякденній діяльності медичного персоналу, належну організацію інформаційного забезпечення пацієнтів та моніторинг рівня їх задоволеності, чітке дотримання медичним персоналом стандартів, уніфікованих і локальних протоколів медичної

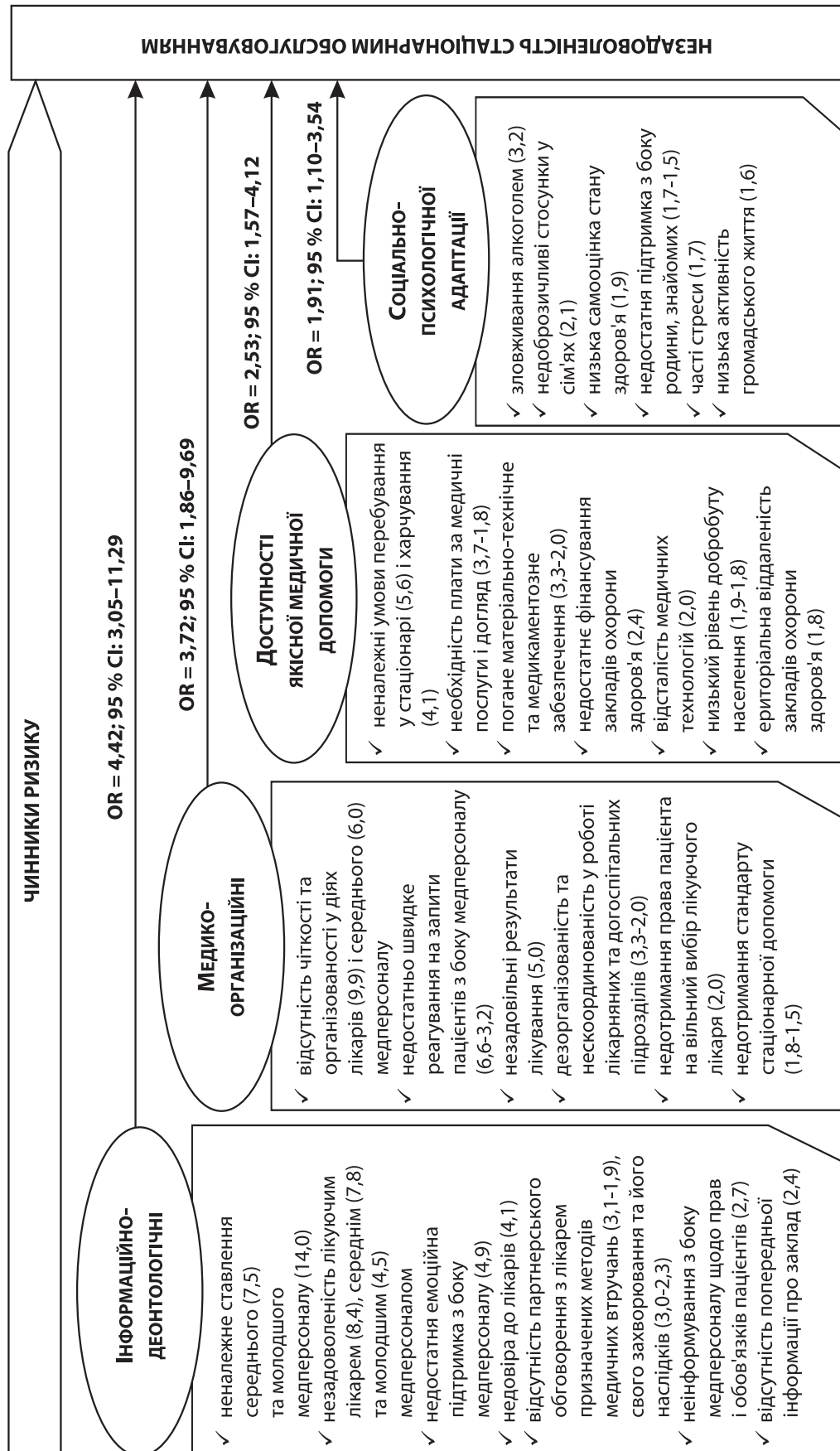


Рис. Чинники формування незадоволеності пацієнтів стаціонарним медичним обслуговуванням

Таблиця

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ КОРЕКЦІЇ ЧИННИКІВ, ЩО ФОРМУЮТЬ НЕЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ, НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

| Група чинників ризику | Методи корекції |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Інформаційно-деонтологічні | Інформування пацієнтів щодо їх прав та обов'язків Поінформована згода на медичні втручання Навчання медперсоналу методам комунікації Постійний аудит задоволеності пацієнтів |
| Медико-організаційні | Дотримання стандартів медичної допомоги Розробка локальних протоколів, клінічних маршрутів пацієнтів |
| Доступності медичної допомоги | Лобювання належного ресурсного забезпечення в органах державної влади та місцевого самоврядування Залучення позабюджетних коштів |
| Соціально-психологічної адаптації | Виявлення пацієнтів із чинниками соціально-психологічної дезадаптації Залучення до їх лікування фахівців – психологів |

допомоги. Зрозуміло, що корекція доступності якісної медичної допомоги в усіх її аспектах (фінансовому, територіальному, культурному та функціональному) вже вимагає системних державних програм і стратегій. На рівні закладу охорони здоров'я для оптимізації ресурсного забезпечення можна використовувати додаткові позабюджетні джерела фінансування. На наш погляд, для корекції чинників соціально-психологічної адаптації необхідно залучення до лікування таких пацієнтів фахівців-психологів.

Отже, після розгляду та оцінки всіх можливих альтернатив для апробації розробленої удосконаленої моделі вирішено пріоритетні зусилля сконцентрувати на стратегіях оптимізації найменш затратних для виконання і водночас найвагоміших за своїм впливом інформаційно-деонтологічних та медико-організаційних чинників.

З метою корекції інформаційно-деонтологічних чинників запропоновано навчальну програму тренінгу «Ефективне спілкування з пацієнтами», яка поділена на три модулі: навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів та управління конфліктними ситуаціями.

Для апробації цієї навчальної програми як модельні обрані дві центральні районні (Галицька і Рожнятівська), центральна міська (м. Яремче) лікарні та Івано-Франківська обласна клінічна лікарня. За розробленою програмою було проведено організаційний експеримент – упродовж 2012-2013 рр. організовано навчання керівників,

лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою. До викладання та проведення тренінгів залучались юрисконсульти лікарень, психологи та спеціально підготовані тренери із заступників керівників закладів охорони здоров'я.

Паралельно із цим у всіх закладах охорони здоров'я Івано-Франківської області у відповідь на затвердження МОЗ України нових стандартів акредитації закладів охорони здоров'я (2011 р.) [11] і медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги (2012 р.) [10] активно розроблялися локальні протоколи з клінічними маршрутами пацієнтів, що дозволило вплинути на медико-організаційні чинники, які посідали друге рангове місце у формуванні незадоволеності медичною допомогою (рис.).

Для забезпечення зворотного зв'язку та оцінки ефективності впроваджуваних змін у 2013 році проведено повторне опитування пацієнтів у модельних закладах охорони здоров'я за спеціально розробленою короткою анкетною, яка містила питання лише щодо найбільш проблем, встановлених під час попереднього опитування. Оскільки ці анкети розроблялись не тільки для оцінки ефективності уже реалізованих заходів, а й для постійного моніторингу змін і вивчення задоволеності споживачів наданими медичними послугами, на їх звороті містилася надрукована інформація про права та обов'язки пацієнтів, важлива для них, з метою дисциплінувати медичний персонал стосовно зменшення можливостей формального підписання поінформованої згоди

без партнерського обговорення із лікарем призначених методів медичних втручань певного захворювання та його наслідків.

Анкети роздавались пацієнтам при надходженні до стаціонару (зверненні за допомогою) з роз'ясненням щодо часу їх заповнення (при завершенні лікування), місця для вкидання опитувальників у спеціально обладнані для цього скриньки (на виході із закладу, в «куточках споживача» тощо) і гарантій їх анонімності.

Результати упровадження запропонованих нововведень довели їх досить високу ефективність. У цілому задоволеність медичним обслуговуванням зростає (на 8,2 %; 95 % СІ: 2,7-13,6 %, $p < 0,01$), головною за рахунок значного поліпшення задоволеності результатами лікування (на 58,2 %; 95 % СІ: 53,0-63,0 %), ставленням з боку лікарів (на 33,4 %; 95 % СІ: 27,4-39,4 %), середнього (на 50,5 %; 95 % СІ: 45,3-55,7 %) та молодшого (на 55,3 %; 95 % СІ: 50,0-60,5 %) медичного персоналу. Поліпшилась поінформованість пацієнтів щодо їх прав і обов'язків (на 12,7%; 95% СІ: 7,2-18,3%).

Не вдалося суттєво вплинути на рівень залучення пацієнтів до обговорення з лікарем наслідків захворювання, методів втручання тощо.

Значно поліпшилась задоволеність пацієнтів організованістю і координованістю діяльності лікарів (на 52,5 %; 95 % СІ: 47,2-57,8 %), середнього (на 54,4 %; 95 % СІ: 49,0-59,7 %) і молодшого (на 22,1 %; 95 % СІ: 16,0-28,1 %) медичного персоналу, а також різних підрозділів закладів охорони здоров'я (на 53,1-61,6 %) що, на наш погляд, яскраво підтверджує необхідність та ефективність застосування локальних протоколів.

Майже не змінилась думка пацієнтів про потребу оплати ними медичних послуг. Зрозуміло, що впроваджені заходи через навчання персоналу методам комунікації з пацієнтами та дотримання локальних протоколів не можуть вирішити системної проблеми недостатнього ресурсного забезпечення галузі та її негативного наслідку – значної частки коштів домогосподарств у структурі витрат на охорону здоров'я.

Висновки

1. Встановлено, що головні причини недоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням лежать у площині недоліків: інфор-

маційно-деонтологічних (неналежне ставлення медичного персоналу, усунення пацієнтів від процесу прийняття рішення, неналежне інформування про права пацієнтів) і медико-організаційних (відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, лікарняних і догоспітальних підрозділів, невиконання стандартів стаціонарної допомоги), корекція яких не вимагає значних фінансових затрат і може бути реалізована на рівні закладу охорони здоров'я.

2. Запропоновано пацієнт-орієнтовані стратегії удосконалення якості медичної допомоги, головними з яких є: моніторинг задоволеності хворих наданими послугами, упровадження навчальних тренінгів для медичного персоналу навичкам комунікації з пацієнтами, інформаційна технологія для пацієнтів щодо їх прав і обов'язків з опитувальником задоволеності якістю медичного обслуговування.

3. Результати упровадження під час організаційного експерименту довели ефективність запропонованих стратегій, а саме: позитивний вплив на задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням (ріст на 8,2 %), результатами лікування (на 58,2 %), ставленням з боку медичного персоналу (на 33,4-55,3 %), організованістю і координованістю медичної допомоги (на 22,1-61,6 %), поінформованістю щодо прав та обов'язків (на 12,7 %), що дозволяє їх рекомендувати для застосування в закладах охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у наступному запровадженні запропонованих стратегій та їх корекції відповідно до результатів моніторингу задоволеності пацієнтів.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.
2. Гревцова Р. Ю. Актуальні правові питання інформаційного обміну між лікарем і пацієнтом / Р. Ю. Гревцова // Управління

- закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 6. – С. 16–20.
3. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я : [монографія] / В. В. Горачук. – Вінниця: ПП Балюк І. Б., 2012. – 212 с.
 4. Дзяк Г. В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані із загальноєвропейськими методами / Г. В. Дзяк, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, №1. – С. 6-9.
 5. Москаленко В. Ф. Системи здравоохранения: современный контекст : [монографія] / В. Ф. Москаленко. – К.: «Книга-плюс», 2012. – 320 с.
 6. Муляр М. М. Як американські клініки звітуються про задоволеність своїх пацієнтів перед майбутніми пацієнтами та Урядом [Електронний ресурс] / М. М. Муляр // Healthcare management блог про управління в охороні здоров'я. – 2009. – Режим доступу: <http://healthcare.management.com.ua/2009/07/17/yak-amerykanski-kliniky-zvituyutsya-pro-zadovolenist-svojih-patsijentiv-pered-majbutnimy-patsijentamy-ta-uryadom>
 7. Нові технології навчання менеджменту в медицині : [навчальний посібник] / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінцера, М. Мітчела. – К.: Книга плюс, 2009. – 416 с.
 8. Парій В. Впровадження та сертифікація системи управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2009 у закладах охорони здоров'я / В. Парій, З. Себелева // Управління закладом охорони здоров'я. – 2014. – № 12. – С. 29-37.
 9. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К. : МОЗ України, 2013. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 20.12.2013 р. № 1116). – Режим доступу: https://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131220_1116.html – Назва з титул. екрана.
 10. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К. : МОЗ України, 2012. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 28.09.2012 р. № 751). – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html – Назва з титул. екрана.
 11. Про удосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К. : МОЗ України, 2011. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 14.03.2011 р. № 142). – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110314_142.html – Назва з титул. екрана.
 12. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К. : МОЗ України, 2011. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 01.08.2011 р. № 454). – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html – Назва з екрана.
 13. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2008. – 86 с.
 14. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action [Electronic resource] / H. Legido-Quigley, M. McKee, E. Nolte [et al.]. – World Health Organization (European Observatory on Health Systems and Policies. – 2008. – 215 p. – Access mode: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.
 15. Continuous Quality Improvement (CQI) Strategies to Optimize your Practice [Electronic resource] / The National Learning Consortium. – April 30, 2013. – Version 1.0 – 17 p. – Access mode: https://www.healthit.gov/sites/default/files/nlc_continuousqualityimprovementprimer.pdf.
 16. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks [Electronic resource] / World Health Organization

Regional Office for Europe. – 2013. – 175 p. – Access mode: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf.

17. Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam, etc.: Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.
18. How to improve patient satisfaction when patients are already satisfied: a continuous process-improvement approach / D. Friesner, D. Neufelder, J. Raisor, C. S. Bozman // Hospital Topics. – 2009. – Vol. 87 (1). – P. 24-40.

REFERENCES

1. Babych PN, Chubenko AV, Lapach SN. Ukrainskyi medychnyi chasopys. 2005;2(46): 113-19.
2. Hrevtsova RYu. Upravlinnia zakladom okhorony zdorovia. 2007;6:16-20.
3. Horachuk VV. Upravlinnia yakistiu medychnoi dopomohy v zakladi okhorony zdorovia: monohrafiia. Vinnytsia: PP Baliuk I.B.; 2012. 212 p.
4. Dziak HV, Lekhan VM, Kriachkova LV. Medychni perspektyvy. 2010;15(1):6-9.
5. Moskalenko VF. Sistemy zdravookhraneniia: sovremennyi kontekst: monohrafiia. Kiev: Knyha-plius; 2012. p. 155-60.
6. Muliar MM. Healthcare management bloh pro upravlinnia v okhoroni zdorovia. 2009. Available from: <http://healthcare.management.com.ua/2009/07/17/yak-amerykanski-kliniky-zvituyutsya-pro-zadovolenist-svojih-patsijentiv-pered-majbutnimy-patsijentamy-ta-uryadom>
7. Voronenko YuV, Hoida NH, Mintser OP, Mitchel M. Novi tekhnologii navchannia menedzhmentu v medytsyni. Kyiv: Knyha plius; 2009. 416 p.
8. Parii V, Ciebielieva Z. Upravlinnia zakladom okhorony zdorovia. 2014;12:29-37.
9. Pro vnesennia zmin do nakazu MOZ Ukrainy vid 14 bereznia 2011 roku № 142 «Pro vdoskonalennia derzhavnoi akredytatsii zakladiv okhorony zdorovia» [Internet]. Available from: https://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131220_1116.html
10. Pro stvorennia ta vprovadzhennia medyko-tekhnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy v syste-

mi Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy: Nakaz MOZ Ukrainy vid 28.09.2012 roku № 751 [Internet]. Available from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html

11. Pro udoskonalennia derzhavnoi akredytatsii zakladiv okhorony zdorovia: Nakaz MOZ Ukrainy vid 14.03.2011 roku № 142 [Internet]. Available from: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110314_142.html
12. Pro zatverdzhennia Kontseptsii upravlinnia yakistiu medychnoi dopomohy u haluzi okhorony zdorovia v Ukraini na period do 2020 roku: Nakaz MOZ Ukrainy vid 01.08.2011 roku № 454 [Internet]. Available from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html
13. Rukovodstvo po razrobotke strategii obezpecheniia kachestva i bezopasnosti s pozitsiyi system zdravookhraneniia. Evropeiskoe rehionalnoe biuro Vsemirnoi organizatsii zdravookhraneniia. 2008. 86 p.
14. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E [et al.]. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action [Internet]. World Health Organization (European Observatory on Health Systems and Policies). 2008. 215 p. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397
15. The National Learning Consortium. Continuous Quality Improvement (CQI) Strategies to Optimize your Practice [Internet]. April 30, 2013. Version 1.0. 17 p. Available from: https://www.healthit.gov/sites/default/files/nlc_continuousqualityimprovement-primer.pdf
16. World Health Organization Regional Office for Europe. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks [Internet]. 2013. 175 p. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf
17. Forthofer RN, Lee ES, Hernandez M. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery. Amsterdam: Elsevier Academic Press; 2007. 502 p.
18. Friesner D, Neufelder D, Raisor J, Bozman CS. How to improve patient satisfaction when patients are already satisfied: a continuous process-improvement approach. Hospital Topics. 2009;87(1):24-40.

УДК 616-058+614.254+616-089

СТРАТЕГИИ УЛУЧШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА УРОВНЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О. З. Децик, И. В. Стовбан, А. М. Яворский, М. И. Яворский

С целью обоснования и разработки эффективных стратегий улучшения удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи провели медико-социальное исследование в два этапа. На первом этапе опросили 530 больных, завершающих лечение в хирургических отделениях стационарных учреждений Ивано-Франковской области всех уровней. На втором этапе оценивали эффективность предложенных стратегий в ходе организационного эксперимента на базе 3-х районных (городских) и Областной клинической больницы Ивано-Франковской области. Было установлено, что основные причины неудовлетворенности больных медицинским обслуживанием лежат в плоскости недоработок: информационно-деонтологических (ненадлежащее отношение медицинского персонала, устранение пациентов от процесса принятия решения, ненадлежащее информирование о правах пациентов) и медико-организационных (отсутствие четкости и организованности в действиях медицинского персонала, больничных и догоспитальных подразделений, невыполнение стандартов стационарной помощи). Предложены пациент-ориентированные стратегии управления качеством медицинской помощи, внедрение которых в ходе организационного эксперимента доказало их эффективность и целесообразность применения в учреждениях здравоохранения.

Ключевые слова: удовлетворенность пациентов, управление качеством медицинской помощи.

УДК 616-058+614.254+616-089

STRATEGIES OF THE PATIENT'S SATISFACTION IMPROVEMENT AT THE LEVEL OF HEALTHCARE INSTITUTIONS

O. Z. Detsyk, I. V. Stovban, A. M. Jaworskiy, M. I. Jaworskiy

For the purpose of substantiation and development of the effective strategies of the patient's satisfaction improvement the medical and social research has been conducted in two stages. At the first stage 530 patients were interviewed after discharging from surgery departments of Ivano-Frankivsk region hospitals. At the second stage of our research the efficacy of the strategies proposed was assessed at the premises of 3 district (city) and regional hospitals. It has been found that the main factors influencing on the patient's dissatisfaction are caused by the following shortcomings: informational and deontological (improper attitude of the medical staff, the patients' removal from the decision-making process, inadequate information on the patients' rights) and medical-organizational (the lack of coordination between the medical staff, hospital and pre-hospital units, failure to comply with the standards of inpatient care). The patient-oriented strategies such as monitoring of the patient's satisfaction, introduction of communication skills training sessions for the medical staff, the information technology for patients about their rights and obligations, including the questionnaire on satisfaction of the medical care quality have been proposed. The introduction of the strategies proposed has proven their effectiveness and advisability of using in healthcare institutions.

Key words: patient satisfaction, quality of medical care management.