ICP/HST 103/B01

КАЧЕСТВО МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УРОВНЕМ ОБСЛУЖИВАНИЯ

Отчет о ходе работы по программе "Оценка состояния здоровья и тенденций в области здравоохранения"

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Европейское региональное бюро
КОПЕНГАГЕН

КАЧЕСТВО МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УРОВНЕМ ОБСЛУЖИВАНИЯ

Отчет о совещании ВОЗ

Копенгаген
23-25 апреля 1985 г.

ICP/HST 103/s01
2018A
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ 1989

Примечание

Этот документ не является официальным изданием. Не разрешается рецензировать, переводить, цитировать или брать из него отрывки без согласия Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. За мнения, выраженные в статьях, ответственность несут только авторы.

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Введение 5

Цели и задачи 6

Компоненты качества 7

Целевые области для оценки 9

Определение степени удовлетворенности населения 11

Аспекты изучения степени удовлетворенности населения 11

Источники данных 12

Выводы и рекомендации 16

Приложение 1. Определения 18

Приложение 2. Рабочие документы 20

Приложение 3. Участники 22

Введение

Европейское региональное бюро ВОЗ организовало проведение первого совещания Рабочей группы по определению качества медико-санитарной помощи и степени удовлетворенности населения уровнем обслуживания, которое состоялось в Копенгагене с 23 по 25 апреля 1985 г. Рабочая группа разработает руководящие принципы для определения качества медико-санитарной помощи и степени удовлетворенности населения уровнем обслуживания. Эта работа явится дополнением к подготовке комплекса стандартизированных методов сравнительного анализа программ медико-санитарного обслуживания и организации служб в Европейском регионе.

От имени Директора Европейского регионального бюро ВОЗ д-ра Дж.Е. Асвалла участников приветствовал д-р А. Роменский. На этом первом краткосрочном совещании Рабочая группа обсудила цели и задачи проекта, целевые области для проведения оценки, рассмотрела потенциальные источники данных и распределила среди своих членов работу в будущем. Группа обсудила шесть рабочих документов; их список приводится в Приложении 2, и они имеются в распоряжении Отдела эпидемиологии и обеспечения информации Европейского регионального бюро. Список участников, прибывших из франции, Греции, Нидерландов, Швеции, Соединенного Королевства и СССР, можно найти в Приложении 3.

Цели и задачи

В целях оказания помощи административным работникам медико-санитарного обслуживания в определении возможностей медико-санитарного обслуживания удовлетворять потребности населения как в количественном, так и в качественном отношении, будут разработаны руководящие принципы для определения качества медико-санитарной помощи и степени удовлетворенности населения уровнем обслуживания.

При оценке потребностей людей необходимо принимать во внимание нормативные и осознанные потребности. Спрос на медицинские услуги, вытекающие из потребностей, является частично только потенциальным, не явным. Явный спрос в свою очередь только частично удовлетворяется системой медико-санитарной помощи и уровнем использования медицинского обслуживания. Информация относительно недостаточной или чрезмерной степени использования служб частично раскроет способность системы медико-санитарной помощи удовлетворять потребности населения.

Выясняя тип и количество руководящих принципов, которые следует разработать, Рабочая группа обсудила объем будущих исследований относительно качества медико-санитарной помощи и степени удовлетворенности населения уровнем обслуживания. Возможно, что объем будущих исследований будет различным в зависимости от страны из-за различных уровней развития их медико-санитарного обслуживания. Так, степень внимания, уделяемого первичному медико-санитарному обслуживанию, сильно отличается в разных странах

также, как и применение новой технологии. На этой предварительной стадии подготовки руководящих принципов представляется целесообразным рассмотреть все секторы системы медико-санитарной помощи и постараться разработать ряд руководящих принципов, предназначенных для конкретных проблем.

Компоненты качества

Как дополнительный компонент качества Рабочая группа приняла принцип заботливости и доброты[a] при обслуживании, так как такие обычные компоненты, как эффективность и результативность не отражают качества должным образом. Для оценки качества эти три компонента следует рассматривать не отдельно, а в их взаимосвязи. Кроме того, эти три компонента находятся не только во взаимосвязи, но и содержат некоторые одинаковые элементы.

Наиболее подходящим является следующее определение: медико-санитарное обслуживание качественно тогда, когда оно охватывает нуждающихся в нем людей, когда оно приносит в наибольшей степени пользу и в наименьшей степени вред, когда оно эффективно организовано с точки зрения населения и нуждающихся в нем людей.

Качественное медико-санитарное обслуживание охватывает нуждающихся в нем людей, когда оно имеется в наличии, доступно, приемлемо и известно

---

[a] Cochrane A.L. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.

им. Кроме того, стоимость услуг для пациентов влияет на доступность и приемлемость.

Качественное медико-санитарное обслуживание приносит в наибольшей степени пользу и в наименьшей - вред. В этот компонент входит эффективность и доброе заботливое обслуживание, так что понятие эффективности имеет теперь более широкое значение, включающее возможные неблагоприятные результаты лечения. В последнее следует включить физические и побочные эффекты, воздействие на социальную жизнь и психологический и экономический эффекты. Этот компонент очень емкий, поскольку эффективность не может быть измерена без принятия во внимание различных неблагоприятных эффектов медико-санитарного обслуживания.

Наконец, качественное медико-санитарное обслуживание организовано эффективным образом. Очень часто эффективность ограничивается организационной эффективностью с малой степенью или при отсутствии заботы и внимания к пациентам и их родственникам. Принятие во внимание мнения населения подразумевает тонкую оценку связанных с этим экономических вопросов, и что выбор между обслуживанием в учреждениях на общинном уровне, например, может быть сделан только после того, как будет рассмотрено воздействие системы медико-санитарного обслуживания на жизнь людей.

Целевые области для оценки

Рабочая группа утвердила список, состоящий из шести областей для оценки:

- ресурсы, используемые для медико-санитарного обслуживания;
- все мероприятия, относящиеся к медико-санитарному обслуживанию (использование медицинской помощи);
- состояние здоровья населения;
- санитарное просвещение населения;
- степень удовлетворенности населения уровнем обслуживания;
- функционирование с организационной точки зрения.

В состав ресурсов, используемых в медико-санитарном обслуживании, входят персонал, объем знаний, технология, материальные и финансовые средства. В финансовый аспект включено изучение систем страхования здоровья.

Все эти меры, относящиеся к медико-санитарному обслуживанию, и использование медицинской помощи, включают в себя стационарное и амбулаторное обслуживание, терапевтическое лечение и заботу и внимание по отношению к больным, а также мероприятия, способствующие укреплению здоровья, профилактике против болезней и меры, связанные с реабилитацией и поддержкой.

Состояние здоровья населения отражается при помощи обследований восприятия здоровья, наличия болезней и их последствий, показателей психического здоровья и веса относительно роста, а также при помощи статистических данных о заболеваемости и смертности и других жизненно важных данных. Однако с оценкой состояния здоровья населения связаны серьезные проблемы.

Четвертой целевой областью является санитарное просвещение населения. Поскольку предполагается, что уровень санитарного просвещения населения имеет большое влияние на степень удовлетворенности населения уровнем обслуживания и использование медицинских услуг, этот пункт дан в списке отдельно.

Удовлетворенность населения уровнем обслуживания определяется при помощи оценки наличия, доступности, приемлемости, возможности и непрерывности медицинского обслуживания вместе с качеством предоставленной информации, а также мероприятиями, связанными с лечением и уходом за больными и их последствиями.

Характеристика функционирования с организационной точки зрения находится в процессе составления.

В ближайшем будущем может быть изучено только ограниченное количество элементов целевых областей. Рабочая группа отберет элементы для оценки на следующем совещании для того, чтобы способствовать началу работы над проектом.

Определение степени удовлетворенности населения уровнем обслуживания

Рабочая группа договорилась относительно предварительного определения степени удовлетворенности населения уровнем обслуживания. Это определение, возможно, нуждается в доработке и уточнении.

Удовлетворенность или неудовлетворенность населения уровнем обслуживания является результатом оценок, сделанных отдельными лицами, несоответствия между воспринимаемыми потребностями и получаемым медицинским обслуживанием. Оценка качества медико-санитарного обслуживания является неполной без оценки степени удовлетворенности населения уровнем обслуживания.

Аспекты изучения степени удовлетворенности населения уровнем обслуживания

Как быть со сведениями относительно удовлетворенности населения? Будет ли система медико-санитарного обслуживания реагировать на эту информацию? Об этих вопросах необходимо помнить.

Для того чтобы добиться ощутимых результатов, необходимо расчленить общую концепцию удовлетворенности и заняться исследованием степеней удовлетворенности несколькими аспектами медико-санитарного обслуживания. Первое - это

медицинские технические аспекты, которым отдельный пациент едва ли сможет дать оценку. Однако пациент должен иметь дело с результатами и побочными эффектами медицинского лечения и конечно составит о них свое мнение. Организации пациентов при помощи специалистов дают оценку медицинским и техническим сторонам медико-санитарного обслуживания. Часто они выступают в качестве групп давления, добиваясь льгот за счет неорганизованного населения. Проведение общих исследований относительно удовлетворенности выявляет и защищает последних. Имеются также многочисленные аспекты медико-санитарного обслуживания немедицинского характера, такие, как условия в больницах. К ним относятся оглашение профессиональной тайны, качество информации, эмоциональная поддержка и отношения со специалистами.

Источники данных

Исчерпывающую информацию относительно степени удовлетворенности населения качеством медико-санитарного обслуживания нельзя почерпнуть из единственного источника данных. По этой причине приводится восемь источников, хотя их последовательность не означает очередность. Их потенциальный вклад в оценку качества и удовлетворенности и их методологические оговорки указаны в краткой форме.

В некоторых странах централизованными системами планирования для оценки состояния здоровья и нормативных потребностей населения используются профессиональные обследования населения, в том числе медицинские обследования.

Медицинские обследования раскрывают спрятанную часть айсберга в виде заболеваемости, способствуя планированию мер в области медико-санитарного обслуживания в будущем.

В ряде стран проводятся опросы населения относительно задач здравоохранения, в то время как другие страны готовятся к их проведению. Хотя эти опросы отличаются по используемым методам, все они содержат пункты, касающиеся задач здравоохранения, полного объема видов медицинского обслуживания и свойственных ему различных сторон демографического и социального характера. Данные, полученные в результате этих опросов, могут быть использованы для оценки качества медико-санитарного обслуживания и степени удовлетворенности населения уровнем этого обслуживания. По-видимомоу, большая часть опросов о задачах здравоохранения дает возможность поднять дополнительные вопросы о его качестве и степени удовлетворенности населения уровнем обслуживания.

Статистические данные о смертности представляют собой классический показатель результатов и в высшей степени пригодны в ограниченной области. Иногда возникают проблемы с определением и выявлением причин смерти. Различия в показателях смертности используются в качестве показателей запросов в различных областях или среди различных групп, но отражают ли эти различия в действительности различные запросы? Более высокая смертность среди мужчин не означает в меньшей степени необходимости в медико-санитарном обслуживании среди женщин. Различные показатели в отношении мертворождаемости и смертности среди детей раннего возраста могут свидетельствовать о различиях социального характера, предполагающие

различия в потребностях и распределении различных видов обслуживания.

Статистические данные о видах обслуживания отражают распределение и использование услуг различными группами населения. Данные о находящихся на излечении в больницах используются в качестве показателей потребностей в услугах. Однако, для того чтобы найти надлежащие показатели качества, данные об услугах следует рассматривать вместе с информацией о запросах населения. Информация относительно стоимости услуг может помочь понять функционирование с организационной точки зрения и эффективность.

Опросы выбранных произвольно пациентов и потенциальных пациентов свидетельствуют об осведомленности пациентов относительно различных типов обслуживания и их запросах. Кроме того, такие опросы могут предоставить информацию о доступности и преемлемости типов обслуживания, в которых испытывается периодическая необходимость. В настоящее время многие больницы проводят опросы среди своих пациентов с целью сбора информации о степени их удовлетворенности различными мерами, принимаемыми во время их пребывания в больнице.

В изучении пациентов, которым предоставляется определенный тип обслуживания или вообще таковое не предоставляется, включен классический тип выбранного наугад контрольного эксперимента с различными специфическими оценками результатов. В связи с проблемами методологического характера эти эксперименты нелегко разработать. Однако их надо иметь в виду, так как они предоставляют возможность для изучения воздействия обслуживания на пациентов. Другим типом исследования этой

категории является последующий опрос пациентов, которым был предоставлен определенный тип обслуживания. По-видимому, этот метод недооценивается и мало используется; он может помочь осознать правомерность вмешательства и характер проблем, возникших у пациентов после лечения.

Опросы и исследование мнения специалистов, предоставляющих обслуживание, могут свидетельствовать о существовании особых форм обслуживания. Например, до какой степени врачи, работающие в сфере первичного медико-санитарного обслуживания, считают профилактическое обслуживание частью своей работы? Способны ли и желают ли они предоставить обслуживание тем, кто не может покинуть дом, по месту жительства? Какую роль они играют в организации заботливого и внимательного обслуживания для неизлечимых больных? Такие исследования могут быть также использованы для проверки характера и качества предоставляемого обслуживания. Кроме того, они могут дать представление об организации обслуживания.

Могут быть проведены опросы тех, кто обеспечивает обслуживание, не являясь специалистами в области медицины. К ним относятся родственники, друзья и соседи, кто проявляет столько повседневной заботы и внимания к больным, особенно к людям с хроническими заболеваниями. При этих опросах наряду с положительными сторонами выявляются недостатки других типов обслуживания.

Выводы и рекомендации

В ходе своего первого совещания Рабочая группа не закончила обсуждение специфических средств оценки качества медико-санитарного обслуживания и степени удовлетворенности населения уровнем обслуживания. Участники приняли решение предоставить дополнительную информацию о методах, разработанных на основе их опыта, способствовать началу разработки проекта основных принципов оценки. Каждый член Группы даст отчет о двух из шести целевых областей, уделив основное внимание первой. Д-р Картрайт предоставит информацию относительно степени удовлетворенности населения обслуживанием и состояния здоровья населения. Проф. Кацояннапулос будет изучать вопросы медико-санитарного просвещения и ресурсы, д-р Новгородцев - вопросы ресурсов и медико-санитарного просвещения, д-р Берггрен - вопросы организационного функционирования и мер, д-р Мизрахи - вопросы деятельности и состояние здоровья, д-р ван ден Берг - вопросы состояния здоровья и степени удовлетворенности населения обслуживанием. Данные должны быть получены Региональным бюро к концу июня 1985 г. Участники могут консультироваться друг с другом, когда сочтут это уместным.

Для разработки проекта руководящих принципов будут отобраны два члена Группы. Эта работа должна быть закончена к концу октября 1985 г. До конца года они будут предоставлены в распоряжение всех членов Группы. Члены Группы займутся изысканием возможностей для проверки в своих странах некоторых из этих руководящих принципов.

Группа наметила провести свое очередное совещание в марте 1986 г., на котором она обсудит проект руководящих принципов, внесет в них поправки и закончит над ними работу. В ходе второго совещания будут рассмотрены предложения относительно проведения экспериментальных исследований, некоторые из которых будут отобраны для проверки. Группа также обсудит методологические и технологические детали этих экспериментальных исследований.

Экспериментальные исследования состоятся в период между апрелем 1986 г. и апрелем 1987 г. Отчеты будут направлены в Европейское региональное бюро ВОЗ и затем распространены среди участников.

В соответствии с настоящим планом третье совещание Рабочей группы состоится в сентябре 1987 г., на котором будут обсуждены и внесены поправки в проект руководящих принципов в свете опыта и данных, полученных в ходе экспериментальных исследований. По плану, окончательный вариант проекта руководящих принципов намечен к выпуску Европейским региональным бюро ВОЗ в 1987 г.

ВОЗ рекомендует странам Европейского региона проверить руководящие принципы в период 1987-1989 гг. Опыт, полученный в результате этой продолжительной проверки, возможно, создаст необходимость для созыва заключительного совещания Рабочей группы в 1990 г., где будет выработан окончательный вариант руководящих принципов, которые будут официально выпущены в 1991 г.

В целях увеличения состава Рабочей группы можно было бы пригласить некоторых участников из стран, еще не представленных в ней. Региональное бюро будет пытаться найти новых членов. Принимаются также предложения участников.

Приложение 1

ОПРЕДЕЛЕНИЯ[a]

Использование медицинского обслуживания

Использование служб здравоохранения отдельным лицом или группой лиц.

Адекватность

Выделению ресурсов и принятие мер, достаточных по качеству и количеству для достижения поставленных целей.

Адекватность в основном рассматривается как показатель действительного охвата населения мероприятиями программы.

Исследование потребительского спроса

Сбор, регистрация и анализ информации, полученной от покупателей и потребителей

---

[a] Hogarth, J. Glossary of health care terminology. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1976 (Public Health in Europe, 4), pp. 21, 70, 71, 380.

относительно специфических продуктов или услуг вместе с их предложениями в целях достижения большего соответствия этих продуктов или услуг их требованиям.

Концепция исследования потребительского спроса может быть применена в области служб здравоохранения, когда пациент или пользующийся услугами поставлен вместо "потребителя".

Удовлетворенность

Этот термин подразумевает, что принятие решения не является полностью рациональным процессом, так как такие факторы, как максимизирование и оптимизирование в действительности не всегда возможны. С другой стороны, там, где отдельное лицо или организация получает больше удовлетворения от решения по сравнению с тем, что было достигнуто раньше, без полной рациональной максимизации, тогда это является концепцией удовлетворенности.

Удовлетворить - значит сделать "достаточно хорошо", но не обязательно "настолько хорошо, насколько это возможно".

Приложение 2

РАБОЧИЕ ДОКУМЕНТЫ[a]

ICP/HST 103/s01/6	Целевые области и специфические средства для оценки, L. Berggren
ICP/HST 103/s01/7	Компоненты качества медико-санитарного обслуживания и подходы к источникам данных для оценки, A. Cartwright
ICP/HST 103/s01/8	Планирование и ресурсы здравоохранения для обеспечения соответствующего медицинского обслуживания населения, Г.А. Новгородцев
ICP/HST 103/s01/9	Оценка качества медико-санитарного обслуживания и удовлетворенности населения уровнем обслуживания, V. Katsouyannopoulos

[a] Копии можно получить в Отделении эпидемиологии и обеспечении программ, Европейское региональное бюро, Всемирная организация здравоохранения, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

ICP/HST 103/s01/10	Оценка качества медико-санитарного обслуживания и удовлетворенности населения уровнем обслуживания, Andrèe i Arié Mizrahi
ICP/HST 103/s01/11	Оценка качества медико-санитарного обслуживания и удовлетворенности населения уровнем обслуживания, J. van den Berg

Приложение 3

УЧАСТНИКИ

Временные советники

Г-н J. van den Berg
Центральное статистическое бюро Нидерландов, отдел статистики по вопросам здравоохранения, Хеерлен, Нидерланды (докладчик)

Г-н L. Berggren
Руководитель исследований, Совет по планированию медико-санитарного обслуживания в Восточном регионе Швеции, Готенбург, Швеция

Д-р A. Cartwright
Институт социальных исследований в области медицинского обслуживания, Лондон, Соединенное Королевство (председатель)

Проф. V. Katsouyannopoulos
Отделение гигиены, медицинский факультет, Университет Иоаннина, Греция

Д-р A. Mizrahi
Директор, Центр научных исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES)

Д-р Г.А. Новогородцев
Всесоюзный научно-исследовательский институт социальной гигиены и оранизации здравоохранения им. Н.А. Семашко, Министерство здравоохранения СССР, Москва, СССР

Европейское региональное бюро ВОЗ

Д-р А. Роменский
Статистик, Отдел эпидемиологии и обеспечение информации