

**Социологические критерии качества медицинской помощи
в педиатрическом стационаре**

Шигаев Николай Николаевич

соискатель

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, Россия

E-mail: garber@mail.saratov.ru

Введение

Одна из многочисленных реформ, реализуемых в современной России, связана со здравоохранением. Речь идет о повышении эффективности менеджмента в отрасли, затрагивающей интересы миллионов граждан. Для того, чтобы значительные инвестиции существенно изменили ее условия функционирования, необходимо решить комплекс организационных, управленческих, технических, материальных, образовательных задач. Одно из центральных мест в их спектре занимает в последние годы проблема качества. Под ним принято понимать деятельность, направленную на «создание таких условий медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные государством (медицинским учреждением) гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества, с учетом удовлетворенности населения в получении медицинской помощи» [6, с. 54]. Таким образом, традиционные для медицины объективные показатели (оперативная активность, летальность, длительность госпитализации, число повторных госпитализаций, уровень диспансерного охвата, уровень хронизации заболеваний, частота выявления запущенных (поздних) стадий заболевания [2]) рассматриваются наряду с субъективными, характерными для социологии медицины [1]. В данной работе предпринята попытка разработки классификации социологических критериев качества медицинской помощи применительно к педиатрическому стационару. Предложенная система критериев оказалась полезной при сравнении эффективности круглосуточного и дневного (стационарзамещающего) гастроэнтерологических стационаров.

**Система социологических критериев качества медицинской помощи
в педиатрическом стационаре**

1. Объективные/субъективные критерии. К объективным в рамках проведенного исследования относились следующие критерии (некоторые из которых были использованы в российской практике впервые): длительность госпитализации, наличие ранее проведенного лечения, состояние больного при выписке, интенсивность лечения и диагностики, интенсивность и результативность консультативной помощи, соответствие стандарту лечения и обследования.

Важнейшим интегральным субъективным показателем является удовлетворенность пациента (в иностранной литературе наряду с ним используется показатель «понимание нужд потребителя»). Его детерминантами служат удовлетворенность ребёнка своим здоровьем после лечения, удовлетворенность состоянием здоровья ребёнка его родителями и родственниками, удовлетворенность клиентов качеством оказанной медицинской помощи, удовлетворенность бытовыми условиями и уходом, удовлетворенность взаимоотношениями с персоналом (администрацией, врачами, медицинскими сестрами, санитарками, охраной). Для оценки удовлетворенности пациентов используются специально разработанные вопросники. Результаты анкетирования дополняются анализом документов (жалоб, предложений, приказов о поощрениях и административных взысканиях медицинских работников), наблюдением и беседами. Важную роль играет проведение экспертизы медицинской помощи в рамках клиничко-экспертной работы больничного учреждения. К субъективным показателям относятся также престиж больницы, авторитет врачей и т.д.

2. Количественные/качественные критерии. При прочих равных условиях предпочтение в исследовании отдавалось количественным критериям перед качественными. Предложены новые индикаторы качества медицинской помощи, характеризующие интенсивность лечения и диагностики, значение которых зависит от числа лечебных процедур и диагностических процедур, а также длительности

госпитализации в койко-днях. Как показали исследования, важное значение для пациентов имеют также своевременность назначения и выполнения диагностических исследований и процедур [5].

Качественные показатели могут быть представлены оценочными утверждениями, учитывающими обоснованность госпитализации (обоснована, не обоснована, сомнительна), исход заболевания (улучшение, ухудшение, без перемен) или наличие инвалидности (ребёнок-инвалид по данному заболеванию, ребёнок-инвалид по другому заболеванию, ребёнок не инвалид).

3. Прямые/косвенные критерии. К прямым относятся такие показатели, которые указывают непосредственно на объект качества, при этом подразумевается, что субъектом качества является врач или лечебное учреждение в целом. Среди прямых показателей выделяются ресурсные (наличие необходимого оборудования и расходных материалов) и кадровые характеристики (квалификация персонала), наличие соответствующих медицинских технологий и результаты лечения – социальный результат (ребёнок выздоровел, ребёнок продолжает болеть и получать лечение амбулаторно или в другом стационаре, ребёнок берётся на диспансерный учёт или становится инвалидом с получением соответствующего пособия).

Косвенные показатели не связаны непосредственно со здоровьем. К ним можно отнести изменение успеваемости и посещаемости в школе (не считая дни, пропущенные по болезни), участие в соревнованиях и занятия в общей группе на уроках физкультуры, послешкольную активность ребёнка (посещение кружков, спортивных секций) и т.д.

Заключение

Выделение социологических критериев качества медицинской помощи является условным. Однако, как показывает практика, оно позволяет более полно охарактеризовать результаты принятия экономических, медицинских и управленческих решений в сфере здравоохранения и оценить их социальные последствия. В частности, они незаменимы при сравнении различных форм организации и оказания медицинской помощи населению [3, 4], одной из которых является дневной стационар. Он позволяет больным детям вести активный образ жизни, избегать по возможности потенциально вредного влияния госпитальных условий, отрыва от семьи, сохранять привычный режим, домашнее окружение и пищу (терапия средой), ускоряет возвращение пациентов к учебной деятельности, позволяет лечиться без прекращения учебы. При этом многие из существующих организационных дефектов могут быть устранены силами самого стационара или даже конкретного отделения. Дневные стационары могут финансироваться из источников, не запрещенных законодательством. В них могут оказываться медицинские и оздоровительные услуги за счёт средств добровольного медицинского страхования и граждан.

Литература

1. Котова Г.Н., Нечаева Е.Н., Гучек П.А., Карасева Л.Н. (2001). Социологическая оценка качества медицинской помощи // Здравоохранение РФ. №4.
2. Красильников А.В. (2005). Социологические опросы пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги // Современная онкология. №1.
3. Семенов В.Ю. (2004). Проблемы управления качеством медицинской помощи // Здравоохранение. №3.
4. Свирская Г.П. (2000). О развитии стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению // Здравоохранение. №1.
5. Решетников А.В., Астафьев Л.М. (2005). Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи // Социология медицины. №1.
6. Чернова Т.В. (2006). Современные подходы к оценке качества управления в системе здравоохранения // Главврач. №7.