

Концепція системи громадського рейтингування медичних закладів в Україні



**ПАЦІЄНТИ
УКРАЇНИ**



Вступ

В Україні не застосовується загальнонаціональний інструмент для дослідження досвіду пацієнтів (пацієнтські опитування), як це відбувається в багатьох країнах світу. Відповідно й не існує системи громадського рейтингування на рівні країни, яка б виступала своєрідним стандартом в оцінці закладів з точки зору пацієнта як споживача послуги.

Наразі практика оцінювання медичних закладів пацієнтами в Україні має фрагментарний характер (наприклад, до оцінювання залучена вузька ключова аудиторія та медичні заклади, де ця аудиторія отримує медичну допомогу), точна методологія формування оцінки закладу докладно не описана (за виключенням одного інструменту), часто просте оцінювання – загальна оцінка від 0 до 5 та відгук чи коментар пацієнта – стосується лише лікаря, але не медичного закладу загалом, де пацієнт отримувал медичну послугу. У деяких приватних медичних закладах є свої інструменти дослідження досвіду пацієнтів, однак вони здебільшого використовуються внутрішньо.

Дана концепція громадського рейтингування медичних закладів буде охоплювати заклади, які надають послуги в рамках програми медичних гарантій на підставі контракту з Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

Чому виникла потреба оцінювати медичні заклади та впроваджувати систему громадського рейтингування на національному рівні?

Трансформація системи охорони здоров'я дала старт системним змінам. Вони серед іншого передбачають вільний вибір пацієнтом свого сімейного лікаря (на первинному рівні), а згодом і закладу для отримання медичної допомоги (спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітація тощо). Можливість вільно обирати медичний заклад створює потребу в наявності об'єктивної інформації про його роботу, фахівців чи послуги, які там надаються. Такої інформації наразі бракує, тому здійснити поінформований вибір закладу для отримання медичної послуги пацієнтам може бути складно. Впровадження системи рейтингування може заповнити інформаційну прогалину для пацієнтів, які обирають заклад для отримання медичної допомоги, та шукають додаткову інформацію.

Водночас зміни почалися і в медичних закладах, які отримавши незалежність, можуть працювати у ринкових умовах. Вони отримали

інструменти, які можуть допомогти покращувати якість послуг та будувати **людиноцентричну модель** медичної допомоги*. Більше якісно наданих послуг та пацієнтів означає більше фінансування та можливостей для розвитку й зростання.

Отже, наявність громадської системи рейтингування медичних закладів може стати мотиватором для менш успішних закладів вдосконалюватися у цих напрямках, а для кращих – бути прикладом для інших, ділитися власним досвідом та разом з цим залучати більше пацієнтів.

****Людиноцентрична модель** — та, яка будується на таких принципах як: повага до пацієнта, його цінностей та переконань; забезпечення своєчасною, зрозумілою та прозорою інформацією; забезпечення фізичного контролю, зменшення болю, доступності та безбар'єрності; інформація, комунікація та навчання; залучення персоналу та емоційна підтримка тощо.*

Цілі впровадження системи громадського рейтингування медичних закладів в Україні:

1. **Допомагати пацієнтам** отримати найбільш змістовну оцінку людиноцентричних принципів для здійснення більш поінформованого вибору медичного закладу – через суб'єктивне пацієнтське оцінювання та об'єктивні індикатори¹ (якість медичних послуг та ефективність допомоги).
2. **Заохочувати медичні заклади** покращувати людиноцентричність (це вимірюватиме пацієнтська оцінка) та якість медичної допомоги (через прозору публікацію об'єктивних показників).
3. **Підтримувати медичні заклади** шляхом впровадження різних форматів роботи за результатами оцінювання пацієнтів (супервізія та підтримка для тих, які показали низькі результати; нагородження та поширення найкращих практик для тих, які показали високі результати). Останнє також буде корисним для власників медичних закладів, які завдяки рейтингуванню матимуть змогу побачити

¹Збір об'єктивних індикаторів буде відбуватися на пізніших етапах впровадження рейтингування. Рекомендації до цієї частини рейтингу буде надано у розділі "Пропозиції для об'єктивного оцінювання".

реальний стан речей у закладі та/або зможуть порівняти досягнення медзакладу з іншими у своєму регіоні чи регіонах по країні.

Види медичної допомоги, які буде охоплювати оцінювання досвіду пацієнтів та рейтингування:

- На початковому етапі: спеціалізовану (амбулаторну та стаціонарну) медичну допомогу за всіма пакетами ПМГ;
- На пізніших етапах: первинну медичну допомогу;
- Після успішного долучення цих видів до рейтингування, за прикладом інших країн окремо можна досліджувати екстрену медичну допомогу.

Чому варто розпочинати зі спеціалізованої медичної допомоги?

По-перше, переважна більшість населення країни вже визначилася зі своїм сімейним лікарем, а отже й медичним закладом для отримання медичної допомоги на первинному рівні. Станом на кінець вересня 2021 року, понад 32 млн громадян обрали свого сімейного лікаря, терапевта чи педіатра. Громадське рейтингування може впливати на вибір пацієнта змінити чи обрати лікаря та медичний заклад на цьому рівні, але не в такому обсязі, як на спеціалізованому рівні. При цьому в найкращих лікарів на первинному рівні може бути вичерпаний ліміт для заключення нових декларацій з пацієнтами. У такому випадку наявність високого рейтингу не буде транслюватися у збільшення кількості пацієнтів (що є однією з цілей впровадження рейтингування).

По-друге, на спеціалізованому рівні пацієнти можуть самостійно обрати заклад для отримання послуги за направленням свого лікаря. Громадське рейтингування у цьому випадку буде більше впливати на поінформованість вибору пацієнта, що і є початковою метою впровадження рейтингування.

Первинну медичну допомогу також варто долучити до рейтингування та оцінювання пацієнтами. За умови наявності достатньої кількості ресурсів (фінансування та достатньої спроможності організатора рейтингування), варто долучати первинну медичну допомогу до оцінювання одночасно зі спеціалізованою. Якщо відповідних ресурсів передбачено не буде, пріоритет у впровадженні рейтингування варто надавати спеціалізованому рівню (стаціонарному та амбулаторному).

Обов'язковість участі в оцінюванні

Участь у рейтингу може бути не обов'язковою для медичних закладів, адже на початковому етапі результати опитування не будуть використовуватися для оцінки якості медичної допомоги чи національного порівняння з метою впровадження певних політик.

З іншого боку, відкритість, прозорість, залученість медичних закладів та їхня висока оцінка пацієнтами, впливатиме на вибір пацієнтів на їхню користь. Що більше пацієнтів обиратимуть послугу в конкретному медичному закладі, то більше фінансування отримуватиме медичний заклад. Таким чином, впровадження системи рейтингування буде стимулом для зростання конкуренції та покращення якості та сервісу під час надання медичної допомоги. Це також вагома причина для медичних закладів долучатися до оцінювання пацієнтами.

Отже, медичним закладам буде рекомендовано брати участь в оцінці пацієнтами. Принаймні на початкових етапах впровадження рейтингування.

Ключові складові

Контрибутори рейтингу

— Пацієнти, які отримали медичну послугу

Долучитися до опитування самостійно можуть всі пацієнти, які досягли повноліття – віку 18 і більше років та безпосередньо отримували медичну послугу.

— Близькі родичі пацієнтів

Родичі, які супроводжували пацієнта, також зможуть залишити свою оцінку. Факт заповнення батьками / опікунами / особами, що супроводжували пацієнта, варто вказувати у демографічному блоці опитувальника, чи згадувати іншим способом в опитувальнику. Розподілу в оцінюванні досвіду пацієнта / його родича / опікуна не буде, однак цю інформацію нічого не заважає збирати.

— Медичні заклади / Національна служба здоров'я України

Також стануть контрибуторами рейтингу, однак, його об'єктивної частини оцінки та на пізніших етапах впровадження рейтингування, коли буде відпрацьовано інструмент оцінки досвіду пацієнтів та чітко визначений перелік об'єктивних показників. Це буде цінна для пацієнта частина рейтингу, особливо, зважаючи на його основну мету, – допомогти пацієнту здійснити найбільш поінформований вибір медичного закладу для отримання медичної послуги. Це допоможе пацієнтам скласти краще уявлення ефективності / успішності медичного закладу, беручи до уваги не лише пацієнтську оцінку досвіду, яка має суб'єктивний характер.

Методи контрибуції

- Для пацієнтів / їхніх родичів, які надаватимуть власну оцінку досвіду, методом контрибуції буде участь в опитуванні.
- Для медичних закладів / НСЗУ / Департаментів охорони здоров'я методом контрибуції буде надання визначеного переліку об'єктивних показників роботи медичного закладу.

Пропозиції для об'єктивного оцінювання / формування об'єктивної оцінки рейтингу

Які показники можуть стати корисними у цьому разі:

- **Показники стану здоров'я** (малюкова смертність, материнська смертність, післяопераційна летальність, повторна госпіталізація протягом 30 днів після завершення лікування, відсоткові показники імунізації дітей чи дорослих від поширених інфекційних захворювань у визначений проміжок часу тощо). Існує наказ МОЗ України, який зобов'язує медичні заклади подавати аналіз та звітність щодо ряду показників – стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення ЗОЗ (закладів охорони здоров'я). Деякі з цих показників можна застосувати для формування об'єктивної оцінки рейтингу.
- **Показники сервісу та доступу** (інклюзивність — наявність у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) інфраструктури для людей з інвалідністю, кількість поданих скарг на ЗОЗ, кількість рецептів на ліки за програмою реімбурсації, що видаються на 1000 населення, частка рецептів, виписаних закладом пацієнтам з віковою групою 65+ за програмою реімбурсації). Стейкхолдером цих даних виступає НСЗУ,

водночас велика частина з них є у відкритому доступі у вигляді аналітичних панелей.

Рекомендація

На цьому етапі система опрацювання та відбору медичних електронних даних операційно налагоджена недостатньо, для того, аби якісно збирати ці дані. Тому на початкових етапах впровадження рейтингування, об'єктивні показники включати до оцінки не рекомендовано. На пізніших етапах впровадження рейтингування (після відпрацювання інструменту та проведення пілотного етапу щонайменше) – цю практику важливо запровадити обов'язково.

Включення об'єктивної оцінки потребуватиме також участі професійних самоврядних організацій. Викликом буде створення універсального переліку таких оцінок, створення та відпрацювання методології розрахунку саме цієї оцінки та залучення до цього професійної медичної спільноти.

Організатор рейтингу

Організатор рейтингу – стейкголдер, який адмініструє та безпосереднього відповідає за реалізацію рейтингування, його адвокацію (серед медичних закладів та пацієнтської спільноти), публікацію та оновлення результатів, координацію організацій-партнерів, залучення фінансування та підтримки його розвитку та сталості.

Хто може виконувати таку функцію:

Організація	Переваги	Недоліки
Національна служба здоров'я України	<ul style="list-style-type: none">• Служба вже є досить потужною технократичною інституцією.• Має впізнаваність серед медичних закладів.• Має розгалужену систему регіональних підрозділів, що може суттєво спростити впровадження рейтингування на місцях.	<ul style="list-style-type: none">• Бюрократичні процедури можуть стати перепонами й не дозволятимуть бути гнучкими.• Можливий репутаційний ризик внаслідок конфлікту інтересів (через те, що НСЗУ є закупівельною агенцією та оплачує медичні послуги закладам, які в рейтингу займають низькі позиції).• Виникне потреба створити окрему структуру в межах інституції, яка буде займатися оцінюванням.• Необхідна розробка нормативних документів, які будуть регулювати цю діяльність в межах інституції.

<p>Самоврядна професійна медична організація</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Гнучкість, яка не буде обмежуватися бюрократичними процедурами. • Постійний контакт з медичними закладами, що може сприяти кращій промоції системи рейтингування. 	<ul style="list-style-type: none"> • Немає сталого розвитку, притаманна мінливість (наприклад, можуть змінюватися цілі організації). • Може виникнути потреба у залученні та навчанні додаткової команди, яка буде забезпечувати сталість впровадження системи рейтингування. • Може бракувати організаційної потужності для організації проекту, особливо на більш пізніх етапах впровадження рейтингування. • В Україні не існує потужної організації такого типу, яка передбачає об'єднання лікарів усіх напрямків.
<p>Пацієнтська організація</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Гнучкість, яка не буде обмежуватися бюрократичними процедурами. • Стала діяльність на користь захисту прав пацієнтів. • Робота в інтересах захисту прав пацієнтів може сприяти кращому просуванню системи рейтингування серед цієї аудиторії. • Активна комунікація з медичними закладами, їхніми керівниками також може сприяти кращій адвокації системи. 	<ul style="list-style-type: none"> • Немає сталого розвитку, притаманна мінливість (наприклад, можуть змінюватися цілі організації). • Може бракувати організаційної потужності для організації проекту, особливо на більш пізніх етапах впровадження рейтингування.

<p>Нова інституція / структура</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Може забезпечити сталий розвиток цього проєкту на національному рівні. 	<ul style="list-style-type: none"> • Значна потреба у фінансуванні для створення та утримання. • Тривалий час на становлення (операцій, процедур та узгодження кадрових питань). • Потреба у розробці нормативних документів, які регулюватимуть її діяльність.
---	--	--

Рекомендації

- На даному етапі найбільш вдалим та оптимальним варіантом на роль організатора системи громадського рейтингування є **пацієнтська організація**. Залучення професійних самоврядних організацій може бути корисним вже на пізніших етапах впровадження рейтингування, коли буде необхідно розробляти та долучати об'єктивні індикатори роботи медичних закладів.
- Рейтинг рекомендовано публікувати на незалежній від провайдерів медичних послуг платформі – сайті громадської чи пацієнтської організації або професійної самоврядної організації або іншого організатора рейтингу, якщо ним не буде визначено вищевказані організації.
- Проводити опитування варто протягом всього року, публікація результатів відбуватиметься раз на пів року. Для цього варто розробити чіткий таймлайн, який буде враховувати початок та кінець збору даних, а також визначатиме необхідний час на опрацювання відповідей, розрахунків та отримання результатів.

Інструмент та способи збору даних

Кількість запитань та можливі блоки опитування

Опитування – стандартний інструмент збору інформації про досвід пацієнтів після отримання медичної допомоги.

Короткі опитувальники (5-20 запитань) добре дозволяють оцінити основні принципи людиноцентричності, а також спрощують методологічно підрахунки, аналіз та оцінювання досвіду пацієнтів. Однак, вони ж обмежують дослідження більш глибоких передумов та факторів, які можуть впливати на дотримання та впровадження цих принципів у медичних закладах. Наразі є низка стандартизованих коротких опитувальників, які загалом якісно дозволяють зібрати оцінки пацієнтів, водночас краще впливають на їхню залученість, адже не потребують багато часу на заповнення.

Довгі опитувальники (понад 20 запитань) можуть допомогти зібрати більше інсайтів від пацієнтів та здебільшого використовуються, коли йдеться про впровадження політик та задля оцінювання на національному рівні, аби визначити прогалини у доступі чи якості медичної допомоги на рівні країни. Їхній головний недолік – можлива низька залученість через потребу витратити значний час на заповнення.

Питання опитувальника можуть формуватись залежно від:

- видів потреб пацієнтів (фізичні, інформаційні, емоційні);
- від етапів маршруту пацієнта (від формування потреби до візиту у медичний заклад, у медичному закладі, після отримання медичної послуги);
- від виду надання медичної допомоги (спеціалізована стаціонарна чи амбулаторна);
- від взаємодії з персоналом медичного закладу (немедичні працівники, середній медичний персонал, лікарі, адміністрація).

Наразі оцінка сервісу в компаніях немедичного профілю відбувається через запитання “Наскільки ймовірно, що ви порекомендуєте послуги закладу/організації своїм близьким чи друзям?”. Відповідь передбачає оцінку за шкалою найчастіше від 0 до 10, однак шкалу можуть зменшувати, наприклад, від 0 до 7 (де найменше значення — в жодному разі не

порекомендую, найбільше – обов’язково порекомендую). Ця оцінка вимірює лояльність клієнта до закладу та оцінює загальне враження від процесу отримання послуги та взаємодії з компанією.

Отримання медичних послуг в комунальних медичних закладах не може бути виміряно за одним показником лояльності. Розвиток сервісу в комунальних медичних закладах знаходиться на стартовому етапі, тому опитувальник має бути більш докладним.

Для докладного варіанту опитувальника може бути запропоновано аналіз етапів шляху клієнта медичного закладу, інтегруючи потреби пацієнта в окремі блоки.

1. Формування потреби

- наскільки швидко клієнт знайшов інформацію про заклад та необхідні послуги;
- чи була можливість здійснити попередній запис на прийом;
- наскільки зручним способом здійснено запис на прийом до лікаря/отримано інформацію (сайт, соціальні мережі, телефон);
- якщо відбувалась взаємодія з персоналом закладу під час запису, наскільки якісно їм вдалось вирішити запит клієнта (здійснити запис/надати інформацію);
- оцінка комунікативних навичок персоналу під час запису або надання інформації.

2. Досвід у закладі.

- наскільки клієнт оцінює доступність медичної установи (зручні сходи, наявність місць для візочків, пандусів, доступ до ліфтів тощо);
- наскільки персонал рецепції, якщо відбувалась взаємодія, допоміг у вирішенні запиту/отриманні інформації;
- оцінка комунікативних навичок немедичного персоналу;
- чи довелось очікувати отримання послуги у медичному закладі;
- наскільки тривалим був час очікування перед отриманням послуги (наприклад, госпіталізацією чи перед візитом до лікаря);
- наскільки чисто в медичному закладі / чи облаштовані зручні місця для очікування / чи наявний зайвий шум та інші незручності;

- чи доступні туалетні кімнати, наскільки вони зручні;
- наскільки зручні логістичні вказівники у закладі і чи вони наявні взагалі.

3. Взаємодія з медичним персоналом.

- рівень надання інформації лікарем (чи все було зрозуміло, чи достатньо інформації було надано під час консультації або щодо проведення маніпуляції);
- конфіденційність прийому/залученість лікаря у процес надання медичної допомоги;
- емоційна підтримка, повага та персоналізований підхід лікаря;
- готовність допомогти/залученість середнього медичного персоналу.

4. Організаційні питання.

- чи пацієнт/родичі отримали достатньо інформації щодо подальшого лікування/реабілітації після виписки зі стаціонару/після консультації/після проведення діагностики;
- чи вчасно отримали письмову інформацію (виписку/рекомендації) чи у доступній формі (друкована версія / запис на папері);
- чи отримав пацієнт необхідні рецепти/документи/скерування;
- чи отримав пацієнт/родичі інформацію щодо можливих ускладнень та плану дій у випадку їх настання (після стаціонарного лікування або проведення маніпуляцій);
- чи отримав пацієнта підтримку/інформаційні запити від медичного закладу після виписки (телефонний дзвінок/текстове повідомлення).

5. Оцінювання загального досвіду та лояльності.

Загальна оцінка досвіду за шкалою від 0 до 10 та запитання про рекомендацію медичного закладу – “Наскільки ймовірно, що ви порекомендуєте послуги закладу/організації своїм близьким чи друзям?”

Можливо також долучити специфічні питання (які зазвичай не включають у схожі опитування) для дослідження певних тенденцій / явищ / реакцій на введення політик тощо. Приклади таких запитань:

- Чи давали пацієнтові список ліків, які потрібно придбати в аптеці? / Чи у вільному доступі перелік ліків та медвиробів для лікування

пацієнтів безкоштовно та перелік платних послуг, що надаються закладом?

- Чи були запропоновані пацієнтові безоплатні ліки зі списку призначень?
- Чи отримував пацієнт направлення на платну діагностику?
- Чи були запропоновані опції отримання безоплатно діагностичних послуг?
- Чи отримував пацієнт пропозицію здійснити неформальний платіж?

Загальні рекомендації щодо розробки інструменту (опитувальника) в Україні:

- Розробити опитувальник короткого формату, який буде містити близько 15-20 запитань. Це збільшить залученість пацієнтів та шанси отримати достатню кількість заповнених анкет для проведення аналізу та розрахунків оцінки. Багато країн за основу для розробки свого опитування використовували інструмент Picker Patient Experience Questionnaire (PPE-15), який містить 15 запитань, адаптуючи його до свого національного контексту.
- Короткий опитувальник допоможе мінімізувати ризики такого феномену як “втома від зворотного зв’язку” (англ. “feedback fatigue”), коли клієнт / пацієнт втрачає інтерес до надання оцінки через велику кількість запитань, потребу витратити значний час на заповнення опитувальника або дуже часті нагадування із запрошенням взяти участь у ньому участь.
- Період збору даних після отримання послуги варто досліджувати під час пілотування інструмента. Однак, міжнародні рекомендації вказують, що для опитувань з дослідженням саме досвіду пацієнтів, краще надсилати опитувальник протягом **двох тижнів після виписки/отримання послуги**, а не надавати його одразу для заповнення.

Це необхідно, аби уникнути так званого ефекту “ореолу” (англ. “halo” effect). Він полягає у тому, що пацієнт може необ’єктивно оцінювати свій досвід (у бік завищення оцінки) через те, що радіє виписці / поверненню додому / одужанню.

- В основний опитувальник, який буде використовуватися після проведення пілоту, рекомендовано включати лише закриті запитання (з варіантами відповідей), без надання вільного простору для написання коментаря. Остання опція допомагає зібрати більше інформації про досвід пацієнта, однак, ускладнює опрацювання масиву відповідей. На даному етапі впровадження інструменту та системи рейтингування це буде складно втілити.

Водночас, під час проведення пілоту можливо додати до кожного питання опцію “Інший варіант” з проханням до пацієнта вказати його самостійно. Це допоможе допрацювати опитувальник, удосконаливши варіанти відповідей.

- Опитування має містити блоки для оцінки окремих показників (комунікації з персоналом, досвіду, чистоти тощо), а також короткий демографічний блок, пропонується анонімне заповнення. Один блок опитувальника може містити кілька запитань, рекомендована кількість запитань в одному блоці – не більше трьох.
- На даному етапі впровадження рейтингування не рекомендовано розділяти різні види медичної допомоги на різні опитування, адже йдеться про оцінку людиноцентристського підходу в його межах та й загалом його наявність.
- Вид наданої медичної послуги може враховуватися безпосередньо в опитувальнику: у ньому можуть бути стандартні блоки для оцінки принципів людиноцентричності (доступ до інформації, чистота, залученість персоналу, комунікація тощо), а також блок для оцінки стаціонарної медичної допомоги (якщо пацієнт провів понад одну добу у медичному закладі). Пацієнтам, які лікувалися амбулаторно, інструмент пропонує перейти до наступного блоку запитань, пропустивши блок, який не стосується їхнього досвіду як пацієнта стаціонару.
- До попередньої розробки запитань варто долучити фахівців, які допоможуть правильно сформулювати блоки та запитання опитувальника. Тестування інструмента провести під час проведення пілоту, до обговорення результатів пілоту (частини про інструмент) також долучити фахівців.

- Пропозиція для назви опитувальника – “Дослідження досвіду пацієнтів у медичних закладах”.

Способи збору даних, які можна застосувати:

Формат збору даних	Переваги	Недоліки
МІС (медичні інформаційні системи)	<ul style="list-style-type: none"> • Легкість та зручність у зборі та аналізі інформації. • Зникає потреба в ідентифікації, адже пройти опитування пацієнти зможуть в особистому кабінеті системи. • Є формати комунікації з пацієнтом (наприклад, можна надсилати нагадування про участь чи ділитися результатами оцінки). 	<ul style="list-style-type: none"> • Можливий низький рівень залученості пацієнтів. Невідомо скільки пацієнтів використовують МІС для бронювання візиту. • Виключає пацієнтів, які не мають доступу до інтернету (наприклад, приходять на візит без запису). • Потрібно розробити окремий функціонал, що потребує часового ресурсу та додаткового фінансування. • Застосування різними медичними закладами різних МІС може ускладнити процес інтеграції зібраних даних для проведення розрахунків. • Є ризик, що не всі МІС, до яких підключені медичні заклади, зможуть інтегрувати функціонал для опитування. Це виключить частину пацієнтів.

<p>QR-код</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Легкість та зручність у зборі та аналізі інформації. • Зручність для пацієнтів через можливість пройти опитування різними каналами (у медичному закладі, на сайті та будь-якому іншому місці, де буде поширено код). • Можливо обмежити кількість відповідей, шляхом розробки додаткового функціоналу (часове обмеження, яке дозволяє пройти одне опитування протягом визначеного проміжку часу). 	<ul style="list-style-type: none"> • Виключає пацієнтів, які не мають гаджетів чи доступу до інтернету, особливо людей літнього віку. • Немає можливості надсилати нагадування із запрошенням до участі та проводити комунікацію з учасником. • Неможливість відстежувати та обмежувати кількість оцінок з одного пристрою/від однієї людини. • Потреба розробляти додатковий функціонал для отримання валідних результатів.
---------------	---	--

<p>Телефонний номер / кол-центр</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Дасть можливість залишати відгук людям, які не мають доступу в кабінетів МІС, гаджета для застосування QR-коду чи інтернету. • Канал збору інформації, який дозволить залучити старшу вікову групу, яка є основним споживачем медичних послуг (певних напрямків). • Зручність для пацієнтів літнього віку. • Можливість працювати як в режимі отримання дзвінків, так і в режимі запису звернення із подальшим зв'язком з пацієнток 	<ul style="list-style-type: none"> • Можлива складність в опрацюванні отриманих даних. • Потребуватиме залучення послуг кол-центру, який буде збирати цю інформацію постійно. • Потребуватиме значного фінансування для забезпечення діяльності центру. • Потребуватиме додаткового опрацювання методології. • Може мати низьку залученість пацієнтів / нерентабельність з огляду на необхідні ресурси для забезпечення функціонування цього каналу. • Є ризик, що номер телефону буде застосовуватися певною категорією пацієнтів для залишення скарг, а не конструктивних відповідей на запитання опитувальника.
-------------------------------------	--	--

<p>Окремий сайт, створений з метою збору даних.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Збір та збереження інформації в єдиному місці. • Зручність для багатьох пацієнтів. • Можлива ідентифікація пацієнта (якщо буде забезпечена участь за унікальним кодом або будь-якими іншими методами ідентифікації). • Можливість надсилати посилання для участі в опитуванні з нагадуваннями, проводити комунікацію з учасниками. • Можливість залучати велику вибірку пацієнтів. 	<ul style="list-style-type: none"> • Потребуватиме значних ресурсів (фінансових та часових) для розробки та просування. • Обмежує участь в опитуванні людей без доступу до інтернету. • Може спричинити викривлення у вибірці, адже імовірно, що більше оцінок надаватимуть пацієнти, які зазвичай використовують для цього сайти та інтернет. • Може стати платформою для накопичення великої кількості негативних відгуків. • Без розробки функціоналу для обмеження кількості відповідей чи ідентифікації учасника (унікального коду для проходження опитування), буде неможливим відстежувати походження відповідей.
---	--	---

Рекомендація

— Застосовувати кілька способів збору даних: попередньо опитування через МІС, через QR-коди в медичних закладах та їхнє поширення в мережі та через кол-центр, який допоможе охопити пацієнтів старшого віку, які не завжди мають доступ до інтернету та гаджетів.

— Ідентифікація пацієнта повинна бути простою (принаймні на цьому етапі впровадження рейтингування) та передбачатиме ідентифікацію за

номером мобільного телефона – у тих способах збору інформації, де це можна застосувати.

— Важливо розробити систему нагадувань із запрошенням взяти участь в опитуванні. Наприклад, надсилати опитування на електронну пошту повторно через тиждень після першого листа, текстове повідомлення з нагадуванням чи здійснювати повторний дзвінок. Протестувати найбільш доцільний час нагадування, їхню кількість та інструменти нагадування варто під час пілотного етапу.

Методологія: пропозиції та завдання для розрахунку оцінки рейтингу

Методологія розрахунку оцінки рейтингу може бути:

- Складною – наприклад, із застосування коефіцієнтів коригування. Вона допомагає отримувати більш об'єктивні та справедливі результати, однак, потребує додаткових інвестицій в розробку, тестування та адаптування методології.
- Простою, що передбачає розрахунок середнього значення за блоками опитування та загальної оцінки закладу у рейтингу.

На початкових етапах впровадження системи громадського рейтингування рекомендовано застосовувати **просту методологію**. Після накопичення певного масиву даних, можна додавати складніші функції – коефіцієнти коригування (наприклад, на суміш пацієнтів чи способи збору даних) та інші функції, які допоможуть зробити результати більш справедливими та об'єктивними з урахуванням різниці факторів.

Завдання / рекомендації для розробки методології розрахунку та оцінювання досвіду пацієнтів:

1. Рекомендовано проводити розрахунки загальної оцінки пацієнтів та оцінювати окремі блоки за потребами пацієнтів (загальний досвід, чистоту у медзакладі, комунікативні навички персоналу тощо) за зірковою системою зокрема. Тобто заклад матиме не одну, а кілька зірок (загальну та за кількістю блоків, які будуть обрані для опитувальника). Це дозволить пацієнтам обирати заклад не лише за

загальною оцінкою, а й за показником, який для них має важливе значення під час вибору медичного закладу.

Кроки, необхідні для підрахунку оцінки:

- надати числові значення відповідям за блоками опитування (від 1 до 5);
 - розрахувати Σ (суму) балів за кожний блок та знайти середнє значення;
 - загальний рейтинг медичного закладу розраховувати як Σ середніх значень за блоками поділену на кількість вимірюваних показників під час опитування;
 - результат, який буде враховуватися, – ціле число з одним знаком після коми;
 - за отриманими результатами надавати “зірку”, заповнену за отриманим значенням (можливо, також відображати отримане число поруч).
2. Встановити мінімальну кількість респондентів для формування оцінки у 100 заповнених анкет. Час для збору анкет повинен становити 6 місяців. Для проведення пілоту мінімальну кількість респондентів можна зменшити до 50 анкет (може бути й більшою залежно від кількості медичних закладів та їхнього розміру). Після проведення пілоту можливий перегляд термінів збору опитувальників та кількості необхідних заповнених опитувальників для отримання статистично значущих результатів.
3. Крім оцінки рейтингу у вигляді “зірок” до нього можна долучити додаткові показники у вигляді значків шляхом відображення їх на сторінці кожного медичного закладу (якщо це передбачатиме функціонал сайту, де буде публікуватися рейтинг). Це може бути універсальна (однакова для всіх) позначка, що конкретний медичний заклад:
- дружній до сім’ї (наприклад, там працює дитяча кімната);
 - інклюзивний (є місця для дитячих візків, зручні пандуси тощо);
 - відповідає вимогам та стандартам, які встановлені НСЗУ (має необхідне обладнання / кількість фахівців за пакетами програми медичних гарантій, в рамках яких надає медичні послуги).

Пілотний етап

Впровадження рейтингування варто розпочати з пілоту. Головні завдання пілоту будуть наступні:

- протестувати та доопрацювати опитувальник;
- протестувати запропонований інтервал у 2 тижні після отримання послуги / виписки;
- протестувати та доопрацювати методологію розрахунку оцінки рейтингу;
- запустити комунікаційну кампанію з медичними закладами та промоцію рейтингу партнерами.

Таймлайн проведення пілотного етапу

Тривалість — ОДИН РІК			
Тривалість	Етап	Діяльність	Паралельні завдання під час етапу
5 місяців	Підготовка	<p>Розробка інструмента для опитування із залученням фахівців;</p> <p>Розробка методології розрахунку оцінки;</p> <p>Навчання команд інтерв'юерів, які будуть проводити первинний збір даних;</p> <p>Узгодження переліку закладів для участі в пілоті;</p> <p>Комунікація з обраними медичними закладами щодо участі в пілоті.</p>	<p>Підготовка / розробка інструментів для паралельного опитування без залучення інтерв'юерів. Мета – протестувати інструмент та 2-тижневий інтервал проведення опитування після отримання послуги.</p> <p>Варіанти способів збору:</p> <p>1 — через функціонал в МІС;</p> <p>2 — надсилання опитування на мейл чи текстового повідомлення на телефон з лінком на опитування (для цього потрібно отримати згоду пацієнта на участь у дослідженні) під час виписки / завершення візиту;</p> <p>3 — через кол-центр (за наявності бюджету).</p>

4 місяці	Проведення дослідження	<p>Робота команд інтерв'юерів у медичних закладах.</p> <p>Для збору інформації пропонуємо використовувати планшети, аби фіксувати одразу відповіді пацієнтів в електронному вигляді.</p> <p>Одночасне надсилання опитувальника з метою тестування інших форматів даних та інтервалу після отримання послуги (електронна пошта, телефон).</p>	Опрацювання фідбеку від пацієнтів та медичних закладів для удосконалення інструменту та форматів збору інформації.
3 місяці	Робота з результатами пілоту	<p>Доопрацювання опитувальника;</p> <p>Доопрацювання методології розрахунку оцінки;</p> <p>Фіналізація опитувальника та методології .</p>	<p>Підготовка медичних закладів шляхом проведення інформаційних кампаній, презентацій, залучення партнерів для промоції системи рейтингування.</p> <p>Промоція рейтингування серед пацієнтів.</p>
Після пілотного етапу — запуск на національному рівні			

Способи збору інформації під час проведення пілотного етапу та інтервали застосування цих способів отримання послуги

Спосіб збору	Інтервал	Основна мета	Що треба зробити для того, щоб цей спосіб працював на пілоті
Інтерв'юери	Одразу після отримання послуги (формат екзит-пол).	Протестувати опитувальник, зібрати відгуки пацієнтів про їхній досвід заповнення.	Зібрати команду інтерв'юерів та провести її навчання. Закупити планшети для збору інформації.
МІС	Через 2 тижні після отримання послуги / виписки.	Протестувати інтервал у 2 тижні та зручність використання пацієнтами саме цього способу	Розробити функціонал, який дозволить пацієнтам пройти опитування в МІС
Електронна пошта чи текстове повідомлення	Через 2 тижні після отримання послуги / виписки	Протестувати інтервал у 2 тижні	Підготувати документ, який засвідчуватиме отримання згоди пацієнтом на участь в опитуванні та його контактної інформації. Розробити формат заохочення медзакладів долучатися до пілотування цього способу збору даних

Кол-центр	Через 2 тижні після отримання послуги / виписки	Протестувати зручність для ключової аудиторії (людей старшого віку) та інтервал у 2 тижні.	Підготувати скрипт для операторів та алгоритм дій*. Призначити номер для зв'язку з оператором.
-----------	---	--	---

Для всіх способів збору даних: розробити універсальну платформу, в яку будуть потрапляти дані, зібрані усіма способами, де можна буде сформувати загальну базу даних усіх отриманих відповідей, а також буде передбачена можливість викачати масив даних (у форматі Excel або іншому зручному форматі для роботи з даними).

*** Орієнтовний алгоритм роботи кол-центру:**

- Пацієнт телефонує за відповідним номером → номер зберігається у базі із зазначенням часу дзвінка (голосовий запис повідомляє клієнту, що його/її номер збережено, і з ним сконтактують через два тижні) → через два тижні оператор передзвонює за номером клієнта → коротко розповідає про дослідження (про структуру та блоки опитування) та надає інструкцію щодо відповідей → ставить запитання за блоками опитувальника → одночасно записує надану відповідь у відповідну форму → зберігає надану відповідь.
- Опитувальник: орієнтовно 15-20 запитань закритого типу з варіантами відповідей (за шкалою Лайкерта чи схожі варіанти).
- Тривалість проведення опитування – орієнтовно 10-15 хвилин.
- Орієнтовна кількість дзвінків: 10-20 / день у проміжок 4 місяці (час, коли буде проводитися пілотний етап дослідження); близько 100 – під час основного дослідження досвіду пацієнтів (яке почнеться через кілька місяців після проведення пілотного етапу).
- Мова спілкування оператора: українська.

Критерії відбору учасників до участі в пілоті:

- Участь у пілоті братимуть медичні заклади, які надають спеціалізовану медичну допомогу (стаціонарну та амбулаторну). Пропонуємо долучити до пілотування одну з пріоритетних послуг ПМГ – наприклад, медичну допомогу при пологах;
- Кількість медичних закладів та територіальне охоплення пілоту із залученням інтерв'юерів будуть залежати передусім від бюджету для залучення та навчання команд інтерв'юерів;
- Пропонуємо обрати щонайменше два регіони. За можливості залучити більшу команду інтерв'юерів, варто охопити регіони у всіх частинах країни. Територіальне охоплення пілотного етапу загалом можна формувати за принципом доступності – долучитися зможе регіон, який виявить бажання взяти, та буде відповідати критеріям до участі;
- Загальним критерієм також буде готовність медичного закладу долучитися до проведення первинного опитування інтерв'юерами. Умова входу регіону в пілот може бути готовність забезпечити проведення опитування щонайменше у двох-трьох медичних закладах (можливий перегляд кількості під час формування переліку закладів-учасників у пілоті);
- Пілотування МІС як способу збору даних буде можливим лише у медичних закладах, де вони функціонують з доступним функціоналом як кабінет пацієнта – це і буде головним критерієм для вибору медичного закладу;
- Пілотування надсилання анкети через електронну пошту чи текстове повідомлення та кол-центр можливе у всіх медичних закладах, які будуть відповідати загальним критерієм участі у цьому етапі.

Робота з медичними закладами за результатами оцінювання

Мета рейтингу – не просто спрямувати пацієнта у якісний заклад, а і подальша робота з успішними та неуспішними медзакладами (за результатами оцінки пацієнтів).

Як це можна впроваджувати:

- Розробити критерії / індикатори для визначення лідерів рейтингування медичних закладів (серед найкращих результатів) та аутсайдерів (серед найгірших результатів);
- Визначити перелік організацій-партнерів, які готові долучатися до роботи з медичними закладами та мають відповідний досвід та фахівців для проведення навчання чи консультування медичних закладів;
- Можливе створення деталізованого аналітичного звіту за результатами оцінювання та його поширення (серед відповідальних інституцій, керівників та власників медичних закладів на сайті НСЗУ чи партнерів) з метою поширення досвіду рейтингування та стимулювання медичних закладів до покращення;
- Узгодити формат співпраці за результатами рейтингування, розробити механізми співпраці для різних медичних закладів із залученням донорських коштів на реалізацію навчальних чи консультаційних проєктів.

Можливі варіанти співпраці з медичними закладами:

Медичні заклади, які отримали високі бали від пацієнтів.	<ul style="list-style-type: none">— Беруть участь у презентаціях найкращих кейсів.— Їхній досвід (кейси) використовується для розробки навчальних курсів для інших медичних закладів.— Нагороджуються відзнаками, наприклад, званням “заклад дружній до пацієнта” або іншою нагородою організатора рейтингу.
Медичні заклади, які отримали низькі бали від пацієнтів.	<ul style="list-style-type: none">– З ними йде робота через залучення організацій-партнерів та донорів для отримання грантових коштів для проведення цільової роботи (курсів, навчань). <p>Наприклад, навчання комунікативним навичкам персоналу, якщо пацієнти визначають це слабким місцем у роботі медичного закладу.</p>

Популяризація та просування рейтингу: пропозиція стратегії та партнерів

Етапи популяризації /промотування рейтингу та його використання:

1. Створення плану / стратегії промотування рейтингу з визначенням цільових аудиторій, ключових повідомлень, інструментів та каналів комунікації, KPIs (необхідне охоплення аудиторії та дії, які вони мають зробити внаслідок промо кампанії).
2. Кампанія має складатися мінімум з трьох етапів / хвиль: лонч участі медичних закладів, лонч першого рейтингу та його використання, рутинна комунікація участі в анкетуванні та оновлення рейтингу (за визначеним часовим інтервалом), робота із медичними закладами.
3. Створення сайту / платформи рейтингу та промо матеріалів (відео, цифрових, друкованих) в єдиному змістовому та візуальному стилі.
4. Аналіз і пошук партнерів для збільшення охоплення цільових аудиторій: центральні органи виконавчої влади, місцева влада, ЗМІ, громадські пацієнтські та інші організації, тощо.
5. Реалізація лончу кампанії із залучення пацієнтів до участі у рейтингу.
6. Лонч першого рейтингу та його використання.
7. Підбиття підсумків перших двох етапів, перегляд/доповнення комунікаційної стратегії для наступної рутинної комунікації зі стейкхолдерами: пацієнтами, медичними працівниками, менеджерами медичних закладів, управлінцями в охороні здоров'я, партнерами.
8. Рутинна комунікація рейтингу.

Варіанти співпраці з іншими проєктами / платформами для запуску рейтингу

Варто розробити декілька варіантів можливих форматів партнерства: медійного, інформаційного, волонтерського, ресурсного тощо. Короткі, конкретні та змістовні презентації рейтингу та публічних / соціальних / медійних переваг для кожної групи партнерів є важливим інструментом для їхнього залучення до запуску рейтингу. Кожна із груп партнерів є стратегічно важливою для запуску та підтримки рейтингу.

Місцева влада може стати потужним важелем для централізованого розповсюдження інформації: ЦНАПи, ЖЕКи, заклади освіти, культурні заклади, спільні пресконференції за участі лідерів думок міста, громади, області. Важливою перевагою для таких партнерів буде сприяння соціально корисній ініціативі (приклад, співпраця медичної інформаційної системи Helsi з Київської міською державною адміністрацією під час запуску системи відгуків та оцінки лікарів пацієнтами).

ЗМІ — національні та регіональні — можуть бути як каналами комунікації, так і інформаційними партнерами, які будуть активно висвітлювати всі етапи рейтингу і популяризувати новий тренд – лишати конструктивний відгук, який матиме вплив (суспільний тиск або фізичні зміни).

ІТ-кампанії та соціологічні кампанії можуть стати ресурсними партнерами, у тому числі частково в рамках програм корпоративної соціальної відповідальності. За рахунок широкого інформаційного поширення вони можуть отримати переваги у вигляді великих медійних охоплень та підвищення впізнаваності бренду в позитивному ключі патріотичної соціально орієнтованої компанії.

Цю концепцію підготовлено за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки за підтримки Програми Уряду Великої Британії «Good Governance Fund», наданої від імені народу Великої Британії. Відповідальність за зміст цього документу, який необов'язково відображає погляди USAID, Уряду Сполучених Штатів Америки, UK aid або Уряду Великої Британії, несе виключно компанія ТОВ «Делойт Консалтинг» в рамках контракту №72012118C00001.



**ПАЦІЄНТИ
УКРАЇНИ**



UHC
Український центр
охорони здоров'я