

**ОИП и ЮЛ «Национальная Ассоциация «PrimaryHealthCare»**

ПРОЕКТ

**«СОЦИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ»**

**Компонент 3 «Управление проектом, мониторинг и оценка, коммуникационная стратегия»**

Контракт № SHIP – 3/CS-17/1 «Разработка и внедрение механизма общественного мониторинга и обратной связи с населением  
в организациях здравоохранения Республики Казахстан»

**Этап D-4**

**Результат D-4.1**

**Концепция внедрения**

**механизма информированного общественного мониторинга и обратной связи с населением в медицинских организациях Республики Казахстан**

**(апрель 2021 года - 1-й этап)**

**г. Нур-Султан, 2021 г.**

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Обозначения и сокращения | 3 |
| **Введение** | 4-6 |
| **1. Анализ текущей ситуации** | 6-10 |
| **2. Oбзор международного опыта** | 11-13 |
| **3. Основные принципы** | 13-15 |
| **4. Цели и задачи** | 15 |
| **5. Тенденции и видение развития** | 15-17 |
| **6. Этапы реализации и ожидаемые результаты** | 17-19 |
| **7. Перечень документов и нормативных правовых актов, посредством которых предполагается реализация Концепции** | 19-20 |
| **8. Приложения**  **Приложение 1 - проект приказа МЗ РК №\_\_ от \_\_ "Об утверждении руководства по внедрению МИОМОС в организациях здравоохранения»**    **Приложение 2 - проект приказа МЗ РК №\_\_ от \_\_ "Об утверждении руководства по созданию и деятельности Комитета общественного доверия к здравоохранению при медицинской организации"**  **Приложение 3 - Руководство по созданию и деятельности Комитета общественного доверия к здравоохранению при медицинской организации**  **Приложение 4 – Руководство по организации и проведению фокус-групп с пациентами и персоналом медицинских организаций**  **Приложение 5 – Руководство по организации и проведению социологических опросов** | 20  21  21-36  37-66  67-69 |

**Обозначения и сокращения, используемые в тексте**

Проект - проект «Социальное медицинское страхование», реализуемый Министерством здравоохранения Республика Казахстан в рамках Соглашения между Правительством Республики Казахстан и Международным Банком Реконструкции и Развития (Всемирный Банк);

Ассоциация, Консультант - Объединение индивидуальных предпринимателей и юридических лиц «Национальная Ассоциация «Primary Health Care»;

Всемирный Банк, ВБ - Международный Банк Реконструкции и Развития;

МЗ, МЗ РК, Министерство – Министерство здравоохранения Республика Казахстан;

ГУП – Группа управления Проектом «Социальное медицинское страхование»;

МИОМОС – механизм информированного общественного мониторинга и обратной связис населением;

Задание, внедрение МИОМОС – мероприятия, исполняемые Ассоциацией с участием заинтересованныхсторон в рамках технического задания по контракту «Разработка и внедрение механизма общественного мониторинга и обратной связи с населениемв организациях здравоохранения Республики Казахстан»;

МО – медицинская организация;

Респондент - участник социально-психологического исследования, выступающий в роли опрашиваемого;

РК – Республика Казахстан;

ОСМС - обязательное социальное медицинское страхование;

ФСМС –НАО «Фонд социального медицинского страхования»;

Руководитель проекта – ключевой эксперт от Ассоциации, ответственный за Задание, внедрение МИОМОС;

Региональный координатор – ключевой / неключевой эксперт от Ассоциации, ответственный за внедрение МИОМОС в пилотных медицинских организациях закрепленного за ним региона;

Координатор МО – специалист пилотной медицинской организации, ответственный за внедрение МИОМОС;

Комитет ОДЗ, Комитет - Комитет общественного доверия к здравоохранению при МО;

УОЗ – управление общественного здравоохранение (города Нур-Султан / Алматы);

УЗ – управление здравоохранения (области, города, района);

Фасилитатор - лицо, обеспечивающий успешную групповую коммуникацию;

Фокус-группа - качественный метод в социологии, заключающийся в организации исследования посредством сбора группы для обсуждения поставленной задачи;

СМИ – средства массовой информации;

НПО – неправительственные организации, общественные объединения / ассоциации.

**Введение**

В Послание Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана от 2 сентября 2019 года «К**онструктивный общественный диалог – основа стабильности и процветания Казахстана» одно из направлений является обратная связь с населением.** Общественный диалог, открытость, оперативное реагирование на нужды людей являются **приоритетами** в деятельности государственных органов. Кроме того, необходимо о**беспечить качество и доступность медицинских услуг**.[[1]](#footnote-1)

В стране предпринимаются меры по развитию общественного мониторинга и обратной связи с населением в сфере здравоохранения.

Так в ранее утверждённой Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы (постановление Правительства Республики Казахстан от 15 октября 2018 года № 634) было предусмотрено развитие межсекторального взаимодействия которое нацелено на снижение факторов риска возникновения инфекционных и неинфекционных заболеваний и предусматривать комплексные меры, направленные на:

1) повышение уровня образованности населения, в том числе в вопросах ведения и формирования здорового образа жизни;

2) формирование новых поведенческих установок, снижающих распространенность факторов риска (табакокурение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность);

3) здоровое сбалансированное питание;

4) рост числа регулярно занятых физической культурой и спортом;

5) снижение дорожно-транспортных происшествий;

6) создание безопасных условий труда и быта;

7) обеспечение безопасных условий жилья;

8) обеспечение инвалидов равным доступом к услугам здравоохранения;

9) обеспечение постоянного доступа к питьевой воде, уменьшение загрязнения воздуха, воды и почвы, снижение уровня шума с учетом данных мониторинга их влияния на состояние заболеваемости населения.

Охрана и укрепление здоровья человека будут нацелены на профилактические мероприятия по снижению внешних и поведенческих факторов риска возникновения заболеваний и их последствий с учетом возрастных и социальных особенностей человека, которые начнутся с первых дней жизни ребенка и будут продолжены во всех возрастных периодах. Будут предприняты меры по поддержанию здорового старения, направленные на сохранение трудовой активности, перераспределение работы в течение жизни и социальную поддержку.

В рамках развития межсекторального взаимодействия будет обеспечено проведение согласованной политики охраны и укрепления здоровья населения на всех уровнях управления, в том числе путем интеграции целей и задач данной программы с другими государственными и отраслевыми программами, стратегическими планами развития регионов и отраслей.

Для решения задач будут внедрены эффективные методы планирования, финансирования, механизмы взаимодействия с населением, организованными коллективами, образовательными учреждениями, сформируется система ответственности министерств за показатели деятельности по охране здоровья, интеграция служб общественного, первичного здравоохранения и социальной защиты.

В рамках совместной работы с другими секторами и ведомствами будет создана единая система управления факторами риска, влияющими на здоровье населения, и определена зона ответственности каждого министерства за показатели деятельности по охране здоровья.

Кроме того, совместно с местными исполнительными органами разработаны и реализованы комплексные меры по социальной мобилизации, предусматривающие внедрение механизмов взаимодействия с населением, особенно с молодежью, организованными коллективами, образовательными учреждениями для реализации программ по укреплению здоровья, а также приняты меры по передаче штатов медицинских работников школ из системы образования в систему здравоохранения. С 2017 года проводится работа по оздоровлению детей школьного возраста и подростков в рамках совершенствования системы школьной медицины.

Приоритетной задачей межсекторального взаимодействия станут реализация комплексных мер по охране материнства и детства, в том числе снижение детского травматизма, укрепление ментального и репродуктивного здоровья детей и молодежи.

Будут определены и реализованы мероприятия, направленные на формирование физического и психического здоровья детей и подростков, обучение родителей и преподавателей распознаванию признаков неустойчивости психики, угрожающего суицидального поведения детей и подростков, тактике дальнейшей работы с ними с привлечением социальных работников, профильных служб здравоохранения (противотуберкулезная, наркологическая, психиатрическая) с представителями участковых служб МВД и других заинтересованных государственных органов (психологов и инструкторов по делам несовершеннолетних системы МВД и др.).

Будут продолжены мероприятия по предупреждению ДТП путем обеспечения системности профилактики и информационной работы с населением по безопасности дорожного движения, повышению уровня соблюдения норм и правил в сфере дорожного движения, в том числе с использованием автоматических систем фиксации нарушений правил дорожного движения, устранению аварийно-опасных участков на дорогах. Будет обеспечено дальнейшее развитие системы трассовых медико-спасательных пунктов на аварийно-опасных участках дорог республики.

В рамках межсекторального взаимодействия будет обеспечена реализация комплексных мер, направленных на обеспечение населения полноценными услугами жилищно-коммунального хозяйства (обеспечение постоянного доступа населения к питьевой воде, системам водоотведения, утилизация бытовых отходов, тепло, энергообеспечение и др.).

Будет продолжена активная реализация мероприятий, направленных на снижение вредного воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения, в том числе борьба с загрязнением воздуха, почвы и природных резервуаров воды. При этом будет продолжена работа по мониторингу здоровья населения в разрезе регионов с учетом Карты рисков влияния окружающей среды.

СОЗ совместно с организациями ПМСП, местными исполнительными органами и работодателями будут разработаны и внедрены комплексные подходы по защите здоровья человека на рабочем месте, борьбе с профессиональными болезнями на основе современных стандартов и трансферта передовых технологий, повышению доступности и качества медицинской помощи при профессиональной патологии.

Одной из важнейших задач межсекторального взаимодействия станет создание условий и справедливых возможностей для рационального питания, здорового и безопасного образа жизни, включая стимулирование физической активности и пропаганду занятия спортом, в том числе работающего населения через широкое привлечение работодателей, через систему школьного образования – вовлечение детей и подростков в занятия физической культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ.

Будут разработаны и внедрены рекомендации, проведен мониторинг и контроль качества и безопасности производимых и ввозимых пищевых продуктов, включая фальсифицированные и генетически модифицированные продукты.

В рамках межведомственной работы будет обеспечено принятие системных мер, направленных на уменьшение масштабов чрезвычайных ситуаций, травматизма, несчастных случаев и отравлений, насилия и преступности, в том числе с помощью надлежащего планирования инфраструктуры, нормативного регулирования и государственного контроля, включая контроль за оборотом алкогольной продукции и активное противодействие незаконному обороту наркотических средств.

Будут продолжаться межведомственные мероприятия по снижению уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза, в том числе в пенитенциарной системе, путем совершенствования оказания медицинской помощи больным туберкулезом и ВИЧ/СПИД в учреждениях уголовно-исполнительной системы, повышение информированности всего населения и контингента пенитенциарной системы по вопросам распространения туберкулеза и ВИЧ/СПИД.

Особое внимание будет уделено профилактическим мероприятиям среди подростков и населения репродуктивного возраста по снижению распространенности ВИЧ-инфекции, профилактике заболеваемости инфекции, передаваемые половым путем среди детей в возрасте 15-17 лет.

В рамках развития межсекторального взаимодействия будет продолжено тесное сотрудничество с международными объединениями и организациями (ВОЗ, ООН, ЮНИСЕФ, в том числе с целью продвижения и обмена опытом в них казахстанских специалистов).

Долгосрочной задачей межсекторального взаимодействия является поэтапная интеграция государственной политики в области здравоохранения, труда и социальной защиты, в том числе на основе общих целей, задач и индикаторов результативности.

Это станет основой для формирования модели социальной медицины на основе постепенной интеграции деятельности служб общественного здравоохранения, первичного здравоохранения и социальной защиты.

Совершенствование системы здравоохранения на основе внедрения солидарности и повышения ее финансовой устойчивости.

**1. Анализ текущей ситуации**

По заданию МЗ РК через Всемирный банк с марта 2020 года начато пилотное внедрение МИОМОС, которое осуществлялось в 17 пилотных медицинских организациях РК, из них 6 организаций, оказывающих амбулаторную помощь прикрепленному населению, 6 многопрофильных больниц и 5 межрайонных многопрофильных больниц, целью которого являлось содействие повышению доступности, качества и эффективности системы оказания услуг, и снижение финансовых рисков для населения, вызываемых серьезными проблемами со здоровьем.

Мероприятия, в рамках Проекта, предполагали проведение активной информационно-разъяснительной работы с населением методом прямых коммуникаций работников здравоохранения с населением/пациентами, а также использование средств информирования и проактивной обратной связи о системе здравоохранения РК, о выгоде ОСМС, объемах предоставляемой медицинской помощи, о правах и возможностях граждан/пациентов, в том числе в рамках нового Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения Республики Казахстан. Это способствовало повышению информированности населения и открытости системы в целом, что подтверждают положительные отзывы руководства, коллективов, а также отзывы пациентов и членов комитетов ОДЗ пилотных медицинских организаций.

**Заседания фокус-группы из представителей населения/пациентов,** проводились координаторами МО в рамках внедрения проекта МИОМОС с целью определить проблемы, с которыми сталкиваются пациенты при обращении в медицинскую организацию. Задачами исследования фокус-группы из представителей населения/пациентов являлись содействие повышению доступности качества и эффективности оказания услуг диспансерным больным и разработка рекомендации и предложений для системы здравоохранения по повышению удовлетворенности населения.

**Заседания фокус-групп из представителей специалистов МО,** проводились координаторами МО в рамках Задания по внедрению МИОМОС с целью включения специалистов данной МО во взаимодействие с населением для эффективного решения проблем предоставления медицинской помощи и медицинских услуг. Задачами исследования фокус-групп из представителей специалистов МО являлись обсуждение проблем предоставления медицинской помощи в данном МО с точки зрения специалистов на основе результатов ФГ с пациентами, оценивание возможности решения выявленных проблем и подготовка предложений на рассмотрение Комитета ОДЗ. Далее итоги заседаний фокус-групп передавались в созданные при МО Комитеты ОДЗ (общественного доверия к здравоохранению).

**Задачами Комитетов ОДЗ являлись**:

1. Изучение нужд и мнения населения касательно деятельности медицинской организации.

2. Анализ общественного мнения, выявление проблем и выработки предложений и рекомендаций.

3. Информирование МО о нуждах и потребностях сообщества в области здоровья при планировании развития организации.

4. Установление и развитие конструктивного диалога и социального партнерства между населением и медицинской организацией, населением и общественностью.

5. Мониторинг и оценка реализации согласованного плана мероприятий по улучшению деятельности МО.

Всего за весь период внедрения Проекта МИОМОС 17 пилотными медицинскими организациями было проведено **940 встреч/заседаний: 382 фокус-группы с населением/пациентами, 388 фокус-групп с сотрудниками МО и 170 Заседаний ОДЗ**. В таблице 1 указано количество встреч с фокус-группами и комитетами ОДЗ в разрезе регионов и медицинских организаций. Следует отметить, что планировалось провести до конца проекта не менее 850 встреч/заседаний фокус-групп и комитетов ОДЗ.

Таблица 1. Объем встреч/заседаний фокус-групп по проекту МИОМОС в разрезе регионов и медицинских организаций

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Регион** | **План** | **Наименование МО** | **ФГ НП** | **ФГ СП** | **КомитетОДЗ** | **Всего** |
|  |  |  |
| 1 | Центральный регион: Карагандинская область | 150 | КГП на ПХВ «Поликлиника №1 г.Караганды» | 24 | 24 | 10 | 58 |
| 2 | КГП «ЦБ г. Абая» | 24 | 24 | 10 | 58 |
| 3 | КГП «Центральная районная больница Абайского района» | 23 | 23 | 10 | 56 |
| 4 | Западный регион: Актюбинская область | 150 | ГКП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи» | 20 | 21 | 10 | 51 |
| 5 | ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №3» | 20 | 20 | 10 | 50 |
| 6 | ГКП на ПХВ «Каргалинская центральная районная больница» | 21 | 21 | 10 | 52 |
| 7 | Восточный регион: Восточно-Казахстанская область | 150 | КГКП «ЦПМСП №12 г. Семей» | 21 | 21 | 10 | 52 |
| 8 | Университетский госпиталь НАО «Медицинский университет Семей» | 24 | 24 | 10 | 58 |
| 9 | КГП на ПХВ «Районная больница Абайского района» УЗ ВКО акимата | 21 | 21 | 10 | 52 |
| 10 | Северный регион: Северо-Казахстанская область | 150 | КГП на ПХВ «Городская поликлиника № 3» | 24 | 24 | 10 | 58 |
| 11 | КГП на ПХВ «Первая городская больница» | 23 | 24 | 10 | 57 |
| 12 | КГП на ПХВ «Районная больница района Магжана Жумабаева» | 23 | 24 | 10 | 57 |
| 13 | Южный регион: Алматинская область | 50 | КГП на ПХВ «Енбекшиказахская многопрофильная межрайонная больница» | 23 | 25 | 10 | 58 |
| 14 | Город республиканского значения: г. Алматы | 100 | ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №5» | 23 | 23 | 10 | 56 |
| 15 | ГКП на ПХВ «Городская больница скорой и неотложной помощи» | 21 | 22 | 10 | 54 |
| 16 | Город республиканского значения: г.Нур-Султан | 100 | ГКП на ПХВ «Городской поликлиники №6» | 23 | 23 | 10 | 56 |
| 17 | ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №1» | 24 | 24 | 10 | 58 |
|  | Итого | 850 |  | 382 | 388 | 170 | 940 |

В результате внедрения Проекта МИОМОС было получено 16 отчётов от руководств пилотных медицинских организаций и 35 отзывов от Управлений здравоохранения, администраций, сотрудников, пациентов и членов комитетов ОДЗ, принимавших активное участие в выявлении проблем и решении организационно-управленческих вопросов.

Участники Проекта считают, что благодаря созданию Комитетов ОДЗ, было достигнуто формирование максимальной отзывчивости системы здравоохранения путём усиления эффективности обратной связи и вовлечения населения в процесс повышения качества медицинских услуг. Множество вопросов, озвученных населением/пациентами, были рассмотрены с точки зрения человек ориентированности, что позволило повысить двухстороннее доверие. Работа в фокус-группах с населением/пациентами, а также с сотрудниками медицинских организаций способствовала повышению доверия населения к поставщикам медицинских услуг в рамках конкретной МО, так как была получена прямая обратная связь и диалог поставщиков медицинских услуг с пациентами амбулаторных и стационарных медицинских организаций на местном уровне.

Резюмируя отзывы участников, можно отметить, что Проект МИОМОС является актуальным и своевременным в период внедрения системы ОСМС, изменений НПА в сфере здравоохранения. Участники проекта считают, что участие в Проекте МИОМОС дало много преимуществ в вопросах обсуждения и принятия решений по различным вопросам и проблемам, озвученным пациентами/населением и оказало огромное положительное влияние во время сложной эпидемиологической ситуации, доказав свою значимость и результативность **в оперативном решении многих острых организационных вопросов и проблем, таких как:**

*1. Организационно-управленческие (*перебои в лекарственном обеспечении в период эпидемиологической ситуации с COVID 19, отсутствие или недостаточность реабилитационных услуг, жалобы на долгое ожидание приезда скорой помощи и приезда врача по вызову на дом, отсутствие мониторинга)

*2. Кадровая обеспеченность (*нагрузка, график работы, дефицит профильных специалистов и среднего медперсонала в стационарах, в поликлиниках и в отдалённых населённых пунктах*)*

*3. Обучение и повышение квалификации (*непрофессионализм врачей и медицинского персонала, квалификации и компетентности специалистов, низкую квалификацию молодых специалистов)

*4. Оплата труда (*компенсация оплаты за коммунальные услуги не только медицинским работникам, но и всем сотрудникам МО, низкая заработная плата, профессиональное выгорание медицинских работников, отсутствие дифференциированной оплаты труда)

*5. Недостаточная информированность (*недостаточное информирование населения/пациентов об эпидемиологической ситуации, о Школах здоровья, о цифровизации, о системе ОСМС, об изменениях в НПА в сфере здравоохранения и т.д.)

*6. Этика и деонтология (коммуникация) с населением/пациентами и персоналом (*невнимательность и низкие коммуникативные навыки медицинского персонала)

*7. Социальный пакет (*оснащение средствами индивидуальной защиты медицинских работников, обмундирование мобильных бригад в зимний период, гарантии и безопасность труда*)*

*8. Обеспеченность инструментарием. оборудованием и условия труда (*слабая оснащённость медицинским оборудованием для диагностики и лечения, оснащённость фильтра в поликлинике)

*9. Обеспечение доступности пациентов к услугам (*отдалённость медицинской организации от некоторых населённых пунктов, отсутствие инфраструктуры для детской реабилитации и поддержки здоровья, неудовлетворённость населения качеством медицинских услуг и отсутствием полного спектра медицинских услуг, жалобы на месячные очереди к узким специалистам)

*10. Проблемы цифровизации и электронного обмена данными (*жалобы на низкое качество работы и неполадки информационно-компьютерных систем; цифровизации и электронного обмена данными, *в т.ч. отчетность)*

*11. Вопросы реформирования, ОСМС и инноваций в здравоохранении (*вопросы по медицинскому страхованию, проблема ухода за престарелыми лицами с ментальными расстройствами, проблемы при получении инвалидности и получении консультации от областных специалистов, проблемы перевода пациентов с одного участка на другой)

Активная работа в рамках Проекта **позволила решить вопросы** получения статуса застрахованности, длительного ожидания очереди на консультацию или стационарное лечение, нехватки медицинских кадров в больнице и отсутствия их в отдалённых сёлах, отсутствия реабилитационных услуг, неудобства расположения отделений в больнице, отсутствия лекарственного обеспечения и недостаточной оснащённости медицинским оборудованием в стационарах, неудовлетворённости оказанными медицинскими услугами населения, отсутствия плановой госпитализации в круглосуточные стационары, отсутствия лекарственных препаратов в аптечной сети, совершенствования организации оказания медицинской помощи на амбулаторном уровне, повышения компьютерной грамотности врачей, низкой осведомлённости населения по использованию мобильных приложений, отсутствия собственной лаборатории, изношенности постельного белья, матрасов, неудобной мебели, отсутствия поручней в туалетах, электронной связи (кнопок вызова) с медицинским постом и многих других неудобств, неудовлетворённости получения диагностических услуг, таких как рентгенологическое исследование, КТ диагностика и др.

Участники проекта отметили, что **внедрение** механизма информированного общественного мониторинга и обратной связи **в пилотных медицинских организациях РК** **способствовало** усилению общественного влияния на процессы планирования и принятия решений в сфере здравоохранения, повышению прозрачности и ответственности сотрудников МО, укреплению взаимопонимания и доверия между потребителями медицинских услуг и поставщиками медицинских услуг, повышению удовлетворенности пациентов качеством предоставляемых медицинских услуг и обслуживания населения, повышению удовлетворённости медицинских работников и улучшению показателей здоровья граждан.

**Основные принципы** внедрения МИОМОС:

1. социальной ориентированности
2. толерантности
3. открытого информирования
4. обратной связи
5. коллегиальности
6. научной обоснованности
7. целесообразности
8. справедливости
9. дружелюбности
10. креативности

**Результаты пилотного внедрения МИОМОС**:

1. Разработка для Министерства и УОЗ/УЗ рекомендаций и предложений по улучшению показателей здоровья населения, качества медицинской помощи, сервиса обслуживания и способов информирования населения на основе механизма общественного мониторинга и обратной связи и диалога с населением;

2. Разработка проектов нормативно-правовых документов по внедрению механизма информированного общественного мониторинга и обратной связи с населением в организациях здравоохранения;

4. Разработка проектов нормативно-правовых документов по созданию Совета общественного доверия к здравоохранению при организациях здравоохранения;

5. Разработка методического руководства по проведению социологических опросов среди населения, в фокус-группах среди населения, специалистов здравоохранения и общественности;

6. Разработка проекта Концепции внедрения МИОМОС в организациях здравоохранения во всех регионах РК;

7. Разработка проекта Хартии о правах пациентов и отношениях сторон в сфере здравоохранения;

8. Доклады и выступление на Ежегодном многостороннем форуме с результатами внедрения и пилотирования МИОМОС, отзывами заинтересованных сторон и оценкой перспектив внедрения механизма информированного общественного мониторинга и обратной связи в Республике Казахстан.

**Таким образом,** для обеспечения устойчивого социально-экономического развития государства **результаты и основные принципы пилотного внедрения МИОМОС необходимо применять** в Республике Казахстан, что приведёт к улучшению показателей здоровья населения, качества медицинской помощи, сервиса обслуживания и способов информирования населения на основе механизма общественного мониторинга и обратной связи и диалога с населением.

**2. Обзор международного опыта**

Мировые лидеры при принятии Алма-Атинской Декларации в 1978 году единогласно согласились что «Первичная медико-санитарная помощь составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе … »[[2]](#footnote-2).

Данное заявление за 40 лет после подписания декларации получило развитие и привело к повсеместному принятию пациент-ориентированного подхода, который доказал свою эффективность в улучшении показателей здоровья[[3]](#footnote-3).

Далее в Астанинской декларации мировые лидеры и государства-участники ВОЗ признали важность человека и человекориентированного подхода для обеспечения здоровья, а также важность расширения прав и возможностей отдельных людей и сообществ[[4]](#footnote-4). Государства-участники ВОЗ выразили приверженность к привлечению и обучению людей, семей, сообществ и гражданского общества к участию в разработке политики и планов воздействующих на здоровье4.

Заявления в Астанинской декларации подчеркнули долголетний опыт лучших практик ПМСП, демонстрирующий, что проактивное участие сообщества, то есть постоянный диалог между представителями местной общины, медицинскими работниками и другими членами сообщества и организациями, является одним из главных процессов, служащих улучшению здоровья населения.

Данный процесс основывается на понимании что здоровье индивидуумов и населения в целом зависит от понимания детерминантов здоровья и заботе о клиентах.

Преимущества от проактивного участия сообщества в процессе здравоохранения включают в себя: более обоснованное принятие решений, усиление сопричастности и ответственности представителей населения, расширение количества идей по улучшению здоровья и повышения доверия к медицинским работникам и местной системе здравоохранения.

Данные многих международных исследований показывают, что сопричастность и проактивное участие населения в вопросах здоровья улучшает показатели здоровья как индивидов так и сообщества[[5]](#footnote-5).

Привлечение населения к принятию решений в области планирования вопросов услуг здравоохранения доказало свою эффективность, и оно может осуществляться в разных формах, как например анкетирования пациентов в медицинской организации, опрос пациентов во время приема, встречи с населением, опрос в фокус группах и т.д. Во многих общинах как в развитых, так и в развивающих странах для обеспечения привлечения населения к принятию решений в области планирования услуг используются встречи сообществ с местной властью, а также общественные комитеты[[6]](#footnote-6).

Международная Ассоциация Общественного Участия (IAP2) обозначила основные ценности общественного участия:

1. Участие общественности основано на убеждении что те, на кого влияет решение имеют право участвовать в процессе принятия решений.

2. Участие общественности должно влиять на решение.

3. Участие общественности способствует устойчивым решениям путем признания и оценки потребностей и интересов всех участников.

4. Общественное участие облегчает участие тех, кто может потенциально пострадать от решения или заинтересованы в решении.

5. Участие общественности должно сопровождаться информированием участников о том, как их вклад повлиял на решение[[7]](#footnote-7).

Общественные комитеты являются одной из эффективных форм для осуществления данных ценностей. В разных странах в зависимости от местного контекста общественные комитеты имеют разную структуру, форму взаимодействия и цели.

Во многих странах инициативы по созданию комитетов исходит от муниципальных властей и локальных сообществ.

Например, в Средиземноморском регионе широко применяется инициатива «Здоровая деревня» (Healthy village), и она предполагает создание комитетов здоровья на муниципальных уровнях, для определения нужд и целей в области здоровья локальных сообществ[[8]](#footnote-8).

В Литве широко распространены комитеты общественного здоровья, создаваемые на муниципальном уровне, участвующие в формировании стратегии здоровья на местном уровне, стратегии по борьбе с употреблением алкоголя, табака и наркотических веществ, а также общими мероприятиями по продвижению здоровья[[9]](#footnote-9).

В Финляндии на локальном уровне большую роль играют местные управляющие органы, которые организовывают встречи, опрос местных жителей, а также привлекают заинтересованные стороны в принятии решений в области поддержания здоровья [[10]](#footnote-10).

Один из примеров эффективного взаимодействия советов здоровья можно увидеть в Кыргызстане. В рамках программы «Действия сообществ по вопросам здоровья» в Кыргызстане в сельских местностях из сообщества были созданы комитеты по вопросам здоровья. Проект начал применяться с 2001 года и к 2014 году уже были охвачены 100% сел. Сельские комитеты здоровья участвуют в процессе здравоохранения начиная с оценки нужд, в последующем формируя рабочие группы действий для применения решений для работы над нуждами и проблемами, определенными во время анализа [[11]](#footnote-11).

В 2018 году правительство Кыргызской Республики приняло Программу по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы "Здоровый человек - процветающая страна" которая отражает человек центрированный подход и направленность к привлечению людей, семей, сообществ и гражданского общества к участию в формировании и реализации государственной политики в области здоровья и развития здравоохранения, а также сопричастность к улучшению качества медицинских услуг и программам профилактики заболеваний [[12]](#footnote-12).

В странах Африки локальные власти опираются на помощь комитетов общественного здоровья для улучшения здравоохранения[[13]](#footnote-13). Например, в зависимости от модели организации комитета в Нигерии комитеты позволили добиться расширения и улучшения оказания медицинских услуг, мобилизацию усилий сообщества для улучшения условий для медицинских работников, улучшение оказания медицинских услуг и поддержки пациентов с хроническими заболеваниями[[14]](#footnote-14)*.*

Есть другие организационные механизмы общественных комитетов здоровья, как например в Великобритании, где нужды здоровья локальных сообществ обсуждаются при помощи «Форумов пациентов», Организации наблюдателей за здоровьем (HealthWatch), которые регулируются Национальной Системой Здравоохранения14, а также далее действия обсуждаться местными политиками, экспертами в сфере здоровья и членами сообщества в рамках Совета по вопросам здоровья и здравоохранения (Health and wellbeing boards)[[15]](#footnote-15)

Основная цель локальных сетей вовлечения - объединение местных жителей, локальных организаций, ассоциаций и групп для улучшения услуг здравоохранения. В систематическом обзоре общественного участия в здравоохранении и работы комитетов здоровья при медицинских организациях в Великобритании14 показана их роль в расширении прав и возможностей пациентов.

Еще одна модель организации работы общественных комитетов представлена в США, когда общественные комитеты создаются на базе медицинских организаций[[16]](#footnote-16). Данные комитеты создаются на базе медицинской организации для улучшения услуг, оказываемых местному сообществу, а также для обеспечения участия и решения этических вопросов участия членов местного сообщества в научных исследованиях, проводимых в медицинской организации.

Эти примеры показывают, что сопричастность и проактивное участие населения в вопросах здоровья улучшает показатели здоровья сообщества, а также что устойчивое и сопричастное общественное участие в конечном результате позволит наладить процесс постоянного и устойчивого улучшения качества здравоохранения.

**3. Основные принципы**

Международная Ассоциация Общественного Участия (IAP2) обозначила основные принципы общественного участия[[17]](#footnote-17):

1. **Тщательное планирование и подготовка.**

Во время планирования и организации процесса очень важно иметь четкую и согласованию цель, которая отвечает потребностям всех участников

В МИОМОС: план работы фокус групп и Комитета ОДЗ были подготовлен заранее

1. **Инклюзия и демографическое разнообразие**

Участники и организаторы являються представителями заинтересованных сторон и соответсвуют демографическому разнообразию внутри сообщества.

В МИОМОС: демографическое разнообразие и участие всех заинтересованных сторон обеспечено привлечением для участия в каждой фокус группе разные группы населения, например, в МО проводились отдельные фокус группы по географическому признаку и по нозологии.

1. **Коллаборация и постановка общей цели.**

Организаторы привлекают государственных служащих, «обычных» людей, лидеров сообществ и других заинтересованных лиц как равноправных участников текущих дискуссий, в которых изучаются различия, а не игнорируется, и может возникнуть общее виденье желаемого будущего. Организаторы обращают внимание на качество коммуникаций, разработку процесса, позволяющего установить доверительные отношения между участниками посредством диалога, позволяют обдумать варианты и дают достаточно времени для появления и развития решений.

ЦЕЛЬ обратной связи с населением в МИОМОС: улучшение и сохранения здоровья местного сообщества

В состав Комитетов ОДЗ были приглашены на равных правах все, также были установлены квоты на участие от каждой заинтересованной стороны.

1. **Открытось и обучение**

Квалифицированные, беспристрастные фасилитаторы и простые инструкции помогают всем участникам делиться своими взглядами, слушать, и проявлять заинтересованность в процессе, в открытой и уважительной атмосфере. Общая цель, намерение и основные вопросы направляют участников к поиску адекватной, справедливой и полезной информации. Очень важно чтобы фасилитатор создал исследовательскую атмосферу для того, чтобы участники могли глубже вникать в сложности и нюансы, провести анализ корневых причин, возникших проблем, а также предложить разностороние решения.

В МИОМОС было проведено обучение координатров МО для фасилитации фокус групп, также региональные и страновой координатор проводили обучение данным техникам на местах.

1. **Транспарентность и доверие**

Все принимаемые решения и информация нужная для анализа корневых причин, также решения и возникающие проблемы своевременно и открыто доводятся до сведения участников и общественности. Представители общественности должны иметь возможность легко получить доступ к информации, принять участие, оставаться вовлеченным и вносить свой вклад в процессы обратной связи, и решений, принимаемых во время общественных обсуждений.

В МИОМОС все проблемы, анализ корневых причин и решения обсуждаются в фокус группах с населением, с персоналом МО и во время заседания Комитетов ОДЗ. Все желающие могли принять участие в заседаниях фокус группы или Комитетов ОДЗ.

1. **Влияния и действия**

Участники должны видеть доказательства - что их участие было значимым и повлияло на решения. Это может быть достигнуто при помощи эффективной коммуникации (с участием СМИ, органов местной власти, бизнеса и / или некоммерческих организаций) для информирования аудитории о процессах и результатах участия населения в принятии решений.

В МИОМОС, результаты решений и действий по анализам проблем в фокус группах обсуждаются на заседаниях Комитета ОДЗ, комитет создает план действий и мониторит исполнение действий по плану. Результаты работы и мониторинга плана действий периодически публикуется в социальных сетях и на сайте МО.

1. **Устойчивое участие и культура участия**

Участники и вовлеченные лица развивают чувство сопричастности, и они получают знания и навыки участия в процессах принятия решений, что в дальнейшем формирует устойчивую культуру участия и стремление к сопричастности.

В МИОМОС это было достигнуто через Комитеты ОДЗ, которые помогли установить культуру сопричастности и солидарности как среди населения, так и среди персонала.

**4. Цели и задачи**

**Цель проекта**: определить потребности и действовать в партнерстве с группами населения, пациентами, членами их семей, представителями местных сообществ для полной реализации потенциала своего здоровья на всех этапах жизни человека с ориентиром на их отклик и союз с медицинской организацией.

**Задачи для внедрения МИОМОС**:

1) Организация семинар-совещаний и формирование целевых аудиторий, фокус групп для определения конкретных задач и проведение тематических опросов пациентов и персонала в медицинских организациях.

2) Согласование и принятие ключевых запросов, задач, рекомендаций и предложений с участниками целевых групп, экспертами, лидерами сообществ, руководителями и представителями медицинских организаций.

3) Информирование основных решений и скоординированных мер медицинской общественности по улучшению оказания качества услуг здравоохранения населению по итогам социологического опроса, интервьюирования, встреч и заседаний.

4) Создание Комитета общественного доверия к здравоохранению при медицинской организации для осуществления позитивных преобразований, адаптированных к нуждам населения.

5) Документация и освещение результатов семинар-совещаний, заседаний фокус-групп и Комитета ОДЗ для информирования широкого круга заинтересованных лиц.

6) Формирования культуры активного участия населения в вопросах здоровья и услуг здравоохранения, а также создание возможности для обеспечения качественной, интегрированной помощи и поддержки пациентов, членов их семей на всех этапах жизни.

7) Использование положений Хартии о правах пациентов на основе международного и отечественного опыта.

8) Улучшение коммуникаций и отношений специалистов медицинских организаций и местного населения.

**5. Тенденции и видение развития**

Фокус-группы выявили много проблем в системе здравоохранения. Часть проблем решается на уровне медицинских организаций, часть - на уровне министерств и ведомств, часть – не могут быть решены в корне, однако часто мы не используем все ресурсы и возможности, которые могут повысить удовлетворенность пациента.

Например, одна из частых жалоб пациентов – долгое ожидание на «удержании» в колл-центре или в регистратуре, которые указывают на 2 проблемы: высокое обращение, и в таком случае необходимо увеличивать персонала, либо слабая автоматизация процессов.

Продуманная автоматизация обработки обращений (не обязательно, но лучше всего программное обеспечение) позволит оптимизировать работу, удалив второстепенные задачи из повседневного рабочего процесса регистратуры и колл-центров. Это должно сократить количество жалоб на время ожидания и сделать обслуживание более удовлетворительным.

Вторая частая проблема – отсутствие специалиста в штате или его труднодоступность, например, большая очередь, короткие часы приема. Здесь много причин, о которых уже указано в предыдущих разделах. Разные причины решаются разными способами, иногда решить проблему дефицита кадров быстро невозможно. На уровне медицинской организации надо научиться прогнозировать проблемы и сообщать пациентам заранее об изменениях, предупреждать, когда появится специалист или где и как можно получить услугу альтернативно. Этот тип проактивного обслуживания населения почти не используется в медицинских организациях, что и вызывает много нареканий.

Следующая распространенная претензия пациентов – «плохой» врач или «плохая» услуга. В большинстве случаев, по литературным данным до 80%, причиной является отсутствие у врача или медсестры коммуникативной компетентности. Необходимы непрерывные тренинги не только для ознакомления с правилами коммуникации, но больше для формирования устойчивых навыков эффективного общения и проведения хороших консультаций, доведения до автоматизма базовых и продвинутых техник, таких как согласованное принятие решений, проявление эмпатии, сообщение печальных новостей, и других. У врачей, медсестер, менеджеров и политиков здравоохранения нет никакого преставления о пациент-ориентированной помощи, пациент-ориентированных консультациях. Об этом свидетельствуют почти все нормативно-правовые акты, в рамках которых возможно предоставление только старой модели помощи, центрированной на потребностях медработников и системы здравоохранения.

Необходима продуманная политика по развитию общественного мониторинга и обратной связи с населением. А также необходимы обучение, стандартизация этой работы, чтобы нововведение не стало очередной «реформой», которая тяжким «бумажным» бременем ляжет на плечи работников медицинских организаций, не принося пользы пациентам.

Необходимо стремиться к высокому качеству медицинской помощи, которое само по себе повысит уровень здоровья и качество жизни, а также высокому качеству коммуникации с населением и обратной связи. Так, например, Национальная система здравоохранения Англии сформулировала следующие принципы в "Стандартах надлежащей практики обработки жалоб NHS"[[18]](#footnote-18):

* Открытость и прозрачность - хорошо обнародованная, доступная информация и процессы, понятные всем, кто участвует в жалобе.
* Проведение расследования на основе доказательств, которое будет   
  включать в себя обеспечение последовательного подхода к управлению и расследованию жалоб
* Логичный и рациональный подход
* Сочувственное реагирование на жалобы и соблюдение сроков
* Предоставление людям возможности высказать свое мнение о качестве  
  предоставляемых услуг.
* Обеспечение заявителям поддержки и помощи на протяжении  
  всего процесса подачи жалоб.
* Выявление причины жалоб и принятие мер по предотвращению рецидивов.
* Эффективное обучение персонала (разбор "извлеченных уроков") в качестве драйвера для перемен и улучшения.
* Обеспечение заботы о заявителях, чтобы их обслуживание не пострадало в результате подачи жалобы.

Этот документ также включает в себя руководства по работе с постоянными и/или необоснованными обращениями/жалобами для защиты медицинских работников, но и предусматривает адвокационные услуги пациентам. Адвокационные услуги позволят клиентам/пациентам правильно формулировать проблему, действовать в соответствии с законами и стандартами помощи, без знания которых человека без медицинского образования и опыта легко обмануть.

Вмешательств по работе с населением разрабатывается в мире много. Опубликованный в 2018 году обзор литературы[[19]](#footnote-19) показал, что нет ни одного вмешательства, которое бы самостоятельно улучшило систему обратной связи с населением. Должны использоваться различные компоненты: «осуществимые, эффективные, масштабируемые и устойчивые в местных условиях». Подавляющее большинство опубликованных мер, используемых для информационной работы с населением, применяются в развитых странах. Имеется «ограниченное понимание контекстов эффективных вмешательств, отсутствие общесистемных подходов, отсутствие данных из стран с низким и средним уровнем доходов и отсутствие целенаправленных эмпирических оценок поведения сотрудников, которые обрабатывают жалобы пациентов». Это наводит на необходимость проведения собственных исследований и, в целом, перехода к доказательной политике здравоохранения.

Таким образом,

* необходимо продолжить исследование корневых проблем в системе здравоохранения, системе медицинского образования, политике и экономике здравоохранения,
* необходима консолидация ресурсов для разработки и испытания инноваций в области общественного здравоохранения, но в соответствии с современными требованиями к проведению научных экспериментов, использованием валидизированных методов оценки, правильным формированием выборок, постановкой актуальных целей и задач.
* необходимо пересмотреть концепции так называемых центров лучших практик, поскольку они не показывают значимых различий по конечным результатам.
* необходимо создать в Республике Казахстан Национальный научный практический центр ПМСП для оказания методической, консультативной, научной и практической помощи для внедрения передовых инновационных медикио-социальных технологий в области ПМСП. [[20]](#footnote-20)

**6. Этапы реализации и ожидаемые результаты**

**Внедрение МИОМОС** на уровне областей и городов республиканского значения будет осуществляться в **три этапа**:

1-й этап: подготовка к внедрению МИОМОС;

2-й этап: внедрение МИОМОС в организациях здравоохранения Казахстана;

3-й этап: мониторинг изменений и реализации МИОМОС.

**В рамках первого (подготовительного) этапа** внедрения планируется выполнить следующие мероприятия:

1. Проведение встречи с руководителем Управления здравоохранения на каждого региона по вопросу внедрения МИОМОС и заключение Меморандума о взаимном сотрудничестве в качестве Партнера Национальной Ассоциации «Primary Health Care»;
2. Определение ответственных лиц на региональном уровне из числа представителей управления здравоохранения согласно приказа или протокольного решения руководителя управления здравоохранением данного региона;
3. Определение заинтересованных лиц на региональном уровне из числа представителей филиала ФСМС, НПО и медицинской общественности региона для участия в реализации МИОМОС путем согласования кандидатур на основании официальной переписки или посредством электронной почты;
4. Определение ответственных исполнителей МО за внедрение МИОМОС приказом руководителя МО;
5. Проведение совместных встреч в управлении здравоохранения региона и МО для планирования, содействия в организации и обеспечении работы Консультанта по внедрению МИОМОС в выбранных МО;
6. Проведение совместного обсуждения и обучения на семинар-совещании, организованном Национальной Ассоциацией «Primary Health Care» с ответственными и заинтересованными лицами управления здравоохранения, филиала ФСМС и НПО, медицинских организаций, а также из числа представителей местного государственного управления (Акимата, служб социального обеспечения и другие);
7. Привлечение представителей сообщества и МО для формирования фокус-групп;
8. Проведении информационной разъяснительной кампании среди населения/пациентов и персонала МО о внедрении МИОМОС путем размещения инфопостов, прес-релизов на информационных ресурсах управления здравоохранения и медицинских организаций;

**В рамках второго (внедрение) этапа** планируется выполнить следующие мероприятия:

1. В каждой медицинской организации необходимо определить ответственных

исполнителей за успешное и качественное внедрение МИОМОС из числа следующих специалистов:

1) в организациях ПМСП:

1. заместитель директора по лечебной работе;
2. руководитель или специалист службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита);
3. заведующие и старшие медицинские сестры отделения общей врачебной практики;
4. руководитель или работники (врачи и средний медицинский персонал, социальные работники и психологи) отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья;

2) в стационарных организациях:

1. заместитель директора по лечебной работе;

руководитель или специалист службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита).

1. Формирование фокус-групп,состоящих из разных категорий населения

(пациентов), пола, возраста (пенсионеры, инвалиды, мамы с детьми, молодежь и др.) и персонала МО (младший, средний мед.персонал, врачи и др.);

1. Организация и проведение встреч участников фокус-групп из числа

прикрепленного населения (не менее 1 раза в месяц);

1. Организация и проведение совместных заседаний представителей фокус-групп из

числа прикрепленного населения и персонала МО, (не менее 1 раза в месяц);

1. Создание Комитета общественного доверия к здравоохранению при МО и

проведение не менее 1 раза в 2 месяца.

**В рамках третьего (мониторинг реализации) этапа** планируется выполнить следующие мероприятия:

1. Опрос групп пациентов МО для дополнительного замера мнений, жалоб, пожеланий и улучшений в МО (не менее 30 человек в 1 МО, 1 раз в полгода);
2. Опрос групп медицинского и немедицинского персонала МО для дополнительного замера мнений, жалоб, пожеланий и улучшений в МО (не менее 15 в 1 МО, 1 раз в полгода);
3. Освещение планов и результатов работы фокус-групп при МО путем размещения стендов, в социальных сетях, сайтах и т.д.

**Ожидаемые результаты внедрения МИОМОС**:

В результате проводимой работы в рамках МИОМОС будут:

1. согласно Астанинской Декларации по ПМСП (Глобальная конференция по ПМСП:

от Алма-Атинской декларации к всеобщему охвату услугами здравоохранения и Целям в области устойчивого развития. Астана, Казахстан, 25-26 октября 2018 г.) будут реализованы права пациента и населения по вовлечению здравоохраненческий процесс;

1. будут реализованы права граждан на мониторинг и управление по осуществлению

доступности и качества медицинской помощи;

1. улучшена информированность населения о проводимых реформах в сфере

здравоохранения, деятельности фонда ОСМС, о своих правах и обязательствах;

1. усилено общественное влияния на процессы планирования и принятия решений в

сфере здравоохранения;

1. будет повышена прозрачность и ответственности провайдеров медицинских услуг;
2. будет создана обратная связь и диалога, взаимопонимание и доверие между

пациентами и специалистами в области здравоохранения;

1. повысится качество и улучшиться доступность предоставляемых медицинских

услуг и сервиса населению;

1. повысится удовлетворенность пациентов и медицинских работников;
2. улучшатся показатели здоровья граждан.

**7. Перечень документов и нормативных правовых актов, посредством которых предполагается реализация Концепции.**

Реализация Концепции предполагается посредством следующих нормативных правовых актов:

1. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

2. Закон Республики Казахстан от 2 ноября 2015 года «Об общественных советах».

3.Закон Республики Казахстан от 23 января 2001 года «О местном государственном управлении и самоуправлении в Республике Казахстан»,

4.Закон Республики Казахстан от 1 марта 2011 года «О государственном имуществе».

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-194/2020 «Об утверждении правил прикрепления физических лиц к организациям здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь» зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 16 ноября 2020 года № 21642).

6. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 февраля 2016 года № 85 «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан» зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 марта 2016 года № 13392.

7. [**Приказ** Министра здравоохранения **Республики Казахстан №461 от 27.07.2018г**"Об утверждении основных направлений развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан на 2018-2022 годы"](http://www.rcrz.kz/files/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%97%20%D0%A0%D0%9A%20461%20%D0%BE%D1%82%2027%2007%202018%20%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%B0%20%D0%A0%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%B5%20%D0%9F%D0%9C%D0%A1%D0%9F%20%D0%BD%D0%B0%202018-2022%20%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D1%8B.pdf)

**8. Приложения.**

**Приложение 1 - проект приказа МЗ РК №\_\_ от \_\_ "Об утверждении руководства по внедрению МИОМОС в организациях здравоохранения»**

|  |  |
| --- | --- |
| **Об утверждении Руководства по внедрению механизма информированного общественного мониторинга и обратной связи с населением в организациях здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования** |  |

**ПРИКАЗЫВАЮ**:

1. Утвердить Руководство по внедрению механизма информированного общественного мониторинга и обратной связи с населением в организациях здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования.

2. Управлениям здравоохранения областей, городов Нур-Султан, Алматы и Шымкент (по согласованию) обеспечить:

1) внедрение механизма информированного общественного мониторинга и обратной связи с населением в организациях здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования;

2) предоставление информации о результатах работы ежеквартально не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

3. Структурному подразделению Министерства здравоохранения обеспечить сбор и предоставление сводной информации о деятельности МИОМОС в Департамент … Министерства здравоохранения Республики Казахстан ежеквартально не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Должность** |  | **ФИО** |

**Приложение 2 - проект приказа МЗ РК №\_\_ от \_\_ "Об утверждении руководства по внедрению МИОМОС в организациях здравоохранения»**

|  |  |
| --- | --- |
| **Об утверждении Руководства по созданию и деятельности Комитета общественного доверия к здравоохранению при медицинской организации** |  |

**ПРИКАЗЫВАЮ**:

1. Утвердить Руководство по созданию и деятельности Комитета общественного доверия к здравоохранению при медицинской организации.

2. Управлениям здравоохранения областей, городов Нур-Султан, Алматы и Шымкент (по согласованию) обеспечить:

1) создание и постоянную деятельность Комитета общественного доверия к здравоохранению в организациях здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования;

2) предоставление информации о результатах работы Комитетов ежеквартально не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

3. Структурному подразделению Министерства здравоохранения обеспечить сбор и предоставление сводной информации о деятельности Комитетов в Департамент … Министерства здравоохранения Республики Казахстан ежеквартально не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Должность** |  | **ФИО** |

**Приложение 3 –Руководство по созданию и деятельности Комитета общественного доверия к здравоохранению при медицинской организации**

Утвержден приказом

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 2021 года №

**Руководство по созданию и деятельности Комитета общественного доверия к здравоохранению при медицинской организации**

**I. Общие положения**

1. Комитетом общественного доверия к здравоохранению при медицинской организации понимается консультативно-совещательный орган при медицинской организации, который является площадкой для построения диалога между представителями организации здравоохранения и населения, создаваемый для выработки предложений и рекомендаций по актуальным вопросам здоровья и услуг здравоохранения прикрепленного населения, а также мониторинга за выполнением рекомендаций (далее – Комитет ОДЗ при МО).

2. Комитет ОДЗ при МО направлен на осуществление следующих функций:

1) изучение нужд и мнения населения касательно деятельности МО с целью планирования и развития медицинской организации,получения общественной поддержки в распределении имеющихся ресурсов, направленных на улучшение качества и сервиса при оказании услуг;

2) анализ общественного мнения, выявления проблем и выработки предложений и рекомендаций;

3) информирование МО о нуждах и потребностях сообщества в области здоровья при планировании развития организации;

4) установление и развитие конструктивного диалога и социального партнерства между населением и медицинской организацией, населением и общественностью;

5) информирование населения об услугах и программах, осуществляемых в медицинской организации, а также о стратегических задачах и направлений развития медицинской организации;

6) установление проритетных направлений по программе улучшения здоровья прикрепленного населения вместе с МО;

7) формирование культуры активного участия самого населения к обсуждению вопросов здоровья и услуг здравоохранения;

8) мониторинг и оценка реализации согласованного плана мероприятий по улучшению деятельности МО;

9) проведение заседаний;

10) анализ и оценка результатов внедрения МИОМОС в пилотной МО;

11) согласование с МО планов мероприятий для улучшения качества медицинской помощи на основании предложений и рекомендаций Комитета ОДЗ при МО с конкретными целевыми показателями результатов и сроками;

12) организация встреч с партнерами (представители НПО, УОЗ, МО);

13) публикации на сайтах, инфостендах, плакатах и других ресурсах при МО планов мероприятий для улучшения деятельности организации, а также данных об оценках и достижениях: набор согласованных с Комитетом ОДЗ целевых показателей результатов;

14) участие в реализации Концепции МИОМОС;

15) участие в реализации Хартии о правах пациентов;

16) иные функции и полномочия, предусмотренные законодательством, положением Комитета ОДЗ при МО.

3. Деятельность Комитета ОДЗ при МО должна основываться на следующихпринципах:

1) Принцип законности - деятельность осуществляется на началах равенства всех перед законом, обязанности соблюдать нормы Конституции Республики Казахстан, иных нормативных правовых актов Республики Казахстан.

2) Принцип независимости – Комитет ОДЗ при МО и его участники независимы при осуществлении своих прав и исполнении обязанностей. Вмешательство в их деятельность со стороны руководства медицинских организаций и других государственных органов, иных организаций и лиц, за исключением случаев, прямо предусмотренных законами Республики Казахстан недопустимо.

3) Принцип коллегиальности предполагает, что ряд решений принимается только после совместного обсуждения. Коллегиальность в связях с общественностью предполагает личную ответственность и участие каждого конкретного человека в общем процессе.

4) Принцип целесообразности, в том числе экономической, ориентация на стоящие перед Комитетом цели и задачи;

5) Принцип справедливости как один из основных принципов жизнедеятельности общества, равенства и доступности медицинской помощи в области здоровья и здравоохранения;

6) Принцип гласности - проведение открытых заседаний и принятий решений Комитета ОДЗ при МО, а также свободный доступ к ним, доступность информации об исполнении принятых Комитетом решений.

4. Комитет ОДЗ при МО создается при каждой пилотной медицинской организации решением первого руководителя МО сроком на один год с правом пролонгации.

**5.** Состав Комитета ОДЗ при МО состоит из нечетного количества членов не менее 9 человек. В свою очередь, в целях принятия сбалансированных и консолидированных решений необходимо в состав Комитета включать равное количество представителей:

- местного сообщества (1/3 от общего количества участников – не менее 3 человек);

- НПО, Ассоциаций и Общественных объединений, представляющие интересы здравоохранения или пациентов (1/3 от общего количества участников – не менее 3 человек);

- сотрудников МО, УЗ и местных исполнительный (представительных) органов власти (1/3 от общего количества участников – не менее 3 человек).

6. Участие в Комитете ОДЗ при МО осуществляется на добровольных началах и безвозмездной основе. Вместе с тем МО вправе применять к данным участниками нематериальные виды поощрения (грамоты, дипломы, благодарственные письма и т.д.).

7. Руководство деятельностью Комитета ОДЗ при МО осуществляется Председателем, который назначается руководителем МО из состава его членов.

8. Рекомендуется в целях успешной деятельности Комитета и исключения давления, и лоббирование выбрать Председателем Комитета авторитетного и уважаемого члена местной общины или НПО, который не может быть избран из числа представителей органов власти и сотрудников МО.

9. Руководителем МО из числа сотрудников медицинской организации назначается секретарь Комитета ОДЗ.

Секретарь Комитета не является членом комитета.

10. Полномочия Председателя Комитета ОДЗ при МО:

1) организует деятельность Комитета;

2) председательствует на заседаниях;

3) подписывает документы от имени Комитета;

4) координирует деятельность по реализации решений Комитета;

5) участвует в заседаниях при Медицинской организации и органах местного государственного управления с правом совещательного голоса;

6) на время своего отсутствия делегирует исполнение обязанностей председателя одному из членов Комитета.

11. В целях обеспечения организационных вопросов Комитета Секретарь Комитета ОДЗ при МО:

1) обеспечивает решение организационных вопросов подготовки и проведения заседаний Комитета ОДЗ при МО;

2) организует и ведет делопроизводство в Комитете, а также контролирует сроки исполнения решений Комитета.

**II. Требования, предъявляемые к кандидатам в члены Комитета ОДЗ при МО:**

12. Кандидатом в члены Комитета ОДЗ при МО может быть гражданин Республики Казахстан, достигший восемнадцати лет, проживающий в пределах соответствующей административно-территориальной единицы.

13. Кандидат в члены Комитета ОДЗ при МО не должен:

1) иметь судимость;

2) быть в установленном законом порядке признанным судом виновным в совершении коррупционного преступления и (или) коррупционного правонарушения;

3) состоять на учете в организациях здравоохранения по поводу психического заболевания, алкоголизма, наркомании или токсикомании.

4) иметь личную заинтересованность или конфликт интересов.

14. Для целей понимания: личная заинтересованность - это материальная и (или) иная заинтересованность члена Комитета ОДЗ, членов его семьи или близких родственников, которая влияет или может повлиять на обеспечение прав и законных интересов членов Комитета и (или) сообщества;

Конфликт интересов– случай, при котором личная заинтересованность членов Комитета ОДЗвлияет или может повлиять на исполнение ими своих обязанностей и (или) влечет за собой возникновение противоречия между такой личной заинтересованностью и законными интересами Комитета, которое способно привести к причинению вреда законным интересам местного сообщества или угрозе возникновения такого противоречия.

**III. Роли членов Комитета ОДЗ при МО**

15. Каждый член Комитета ОДЗ представляет широкие интересы своей группы, и может повлиять на стратегию развития медицинской организации, а также на совершенствование процессов предоставления медицинских, социально-психологических и профилактических услуг.

16. Каждый член вносит рекомендации по совершенствованию деятельности на основе предложений, выдвинутых фокус-группами из числа представителей населения и специалистов, которое оформляется в виде плана мероприятий.

17. Ответственность за реализацию плана мероприятий по совершенствованию деятельности МО несет руководитель медицинской организации.

18. Комитет ОДЗ проводит не реже одного заседания в месяц, на которых обсуждаются:

вопросы информирования МО о потребностях населения;

стратегические и операционные планы МО;

результаты мониторинга учета потребностей населения с привлечением НПО, представляющих интересы здравоохранения или пациентов, а также представителей местных исполнительных органов и УЗ.

**IV. Порядок создания Комитета ОДЗ при МО предлагается в несколько этапов:**

19. Порядок создания Комитета ОДЗ при МО предлагается в несколько этапов:

1) на первом этапе осуществляется оценка потребности населения и выявление слабых сторон в деятельности МО посредством вовлечения населения и специалистов МО в работу фокус-групп и совместных заседаний.

Координатор МО организует и проводит регулярные встречи фокус-групп среди прикрепленного населения / пациентов и совместные заседания объединенных фокус-групп населения со специалистами МО для обсуждения предложений и согласования общего плана мероприятий по улучшению деятельности МО.

На совместных заседаниях представителям фокус-групп, соответствующим требованиям, будет предложено войти в состав Комитета ОДЗ при МО.

2) на втором этапе Решением первого руководителя МО определяется ответственный сотрудник МО, который будет проводить процедуру создания Комитета ОДЗ при МО:

1) размещение объявления о создании Комитета ОДЗ при МО в местных средствах массовой информации и (или) на интернет-ресурсе МО по форме согласно Приложению 1;

2) формирование состава Комитета ОДЗ при МО из представителей:

- местного сообщества из числа прикрепленного населения, участвующих в работе фокус-групп (не менее 3 человек);

- НПО, Ассоциаций и Общественных объединений, представляющие интересы здравоохранения или пациентов (не менее 3 человек);

- сотрудников МО, УЗ и местных исполнительный (представительных) органов власти (не менее 3 человек).

3) формирование и утверждение актов руководителя по созданию Комитета ОДЗ при МО;

4) организация первого совещания Комитета ОДЗ при МО.

20. Кандидатуры в члены Комитета ОДЗ при МО могут быть выдвинуты НПО, представляющими интересы здравоохранения или пациентов / гражданами, в том числе путем самовыдвижения.

21. Для участия в деятельности Комитета ОДЗ при МО кандидатами представляются в МО следующие документы по форме согласно Приложению 2:

1) письменное предложение некоммерческой организации и (или) заявление гражданина о выдвижении кандидатуры в состав Комитета ОДЗ при МО;

2) сведения о профессиональной и (или) общественной деятельности кандидата с указанием автобиографических данных;

22. Кандидаты, не соответствующие требованиям, к конкурсу не допускаются.

23. Ответственный сотрудник МО:

1) проверяет документы, представленные кандидатами на правильность заполнения и регистрирует их по дате и времени поступления.

2) формирует список кандидатов в хронологическом порядке в количестве не менее 9 человек с соблюдением требований по обеспечению сбалансированности Комитета.

3) формирует соответствующий приказ руководителя МО и представляет на подписание.

4) обеспечивает опубликование информации в местных средствах массовой информации и (или) размещается на интернет-ресурсе МО и (или) УЗ.

24. В случае недостаточности членов Комитета или выхода из его состава участников размещает объявление о Комитете ОДЗ при МО в местных средствах массовой информации и (или) на интернет-ресурсе МО с указанием его наименования, почтового адреса, сроков подачи документов, адреса электронной почты, на которые направляются документы и иные сведения для участия в Комитете.

25. Сформированный состав Комитета ОДЗ при МО и его Положение утверждаются решением руководителя МО и подлежат публикации в средствах массовой информации и (или) размещению на интернет-ресурсе МО.

26. Иные вопросы порядка формирования Комитета ОДЗ при МО определяются его Положением в соответствии с предлагаемым Типовым положением Комитета ОДЗ при МО согласно Приложению 3.

27. На последнем этапепроводится первое заседание Комитета ОДЗ при МО, на котором руководитель МО представляет Председателя Комитета и разъясняет членам Комитета о задачах и функции Комитета согласно утвержденному Положению Комитета и представляет план мероприятий по улучшению деятельности МО, подготовленным по результатам работы фокус-групп.

**V. Порядок осуществления деятельности Комитета ОДЗ**

28. Комитет ОДЗ осуществляет свою деятельность путем проведения заседаний в соответствии с требованиями Положения Комитета.

29. Заседания Комитета проводятся по месту нахождения МО не реже одного раза в месяц согласно плану работы Комитета. План работы Комитета ОДЗ при МО формируется на основе предложений фокус-групп по форме согласно Приложению 4.

30. В Плане проведении заседания Комитета указываются:

1) тема общественного слушания;

2) дата проведения;

3) результат реализации рекомендаций, а также выработку решений по его итогам.

31. На основании Плана проведения заседаний Комитета секретарь комитета не позднее двух рабочих дней до начала заседания:

1) определяет перечень конкретных вопросов, выносимых на обсуждение;

2) составляет регламент работы, распределяет обязанности между членами Комитета, определяет перечень задач по подготовке проведения заседания Комитета;

3) обеспечивает публикацию темы и перечня вопросов в средствах массовой информации и на интернет-ресурсах МО;

4) оповещает членов Комитета, по согласованию с Председателем Комитета и определяет перечень приглашенных, которым посредством электронной почты направляет приглашение (или звонит) с приложением копий всех документов, выносимых на заседание Комитета, с просьбой дать свои рекомендации и предложения по вопросам, выносимым на обсуждение;

5) содействует участникам Комитета в получении информации, необходимой им для подготовки рекомендаций по тематике заседания;

6) организует подготовку проекта итогового протокола по форме согласно Приложению5, состоящего из рекомендаций и предложений по каждому из вопросов, выносимых на заседание;

7) оповещает население о проведении Заседания Комитета не позднее 2 дней до даты его проведения. Публикуемая информация содержит сведения о теме и вопросах общественного слушания, времени и месте проведения слушания, контактную информацию Комитета;

8) регистрирует участников заседания Комитета согласно явочному листу.

32. Участниками заседаний не являющиеся членами Комитета, имеют право на выступление, если зарегистрировались на выступление перед его началом.

33. Перед началом заседания секретарь Комитета регистрирует участников.

34. Председатель Комитета (или лицо, его замещающее) (далее – Председатель) открывает заседание, оглашает тему его проведения, повестку дня, регламент для выступлений участников.

35. В ходе проведения заседания ведется протокол, в котором фиксируются дата и место проведения заседания, количество присутствующих, фамилии, имена, отчества (при наличии), повестка дня, содержание выступлений.

36. Время выступления приглашенных и других участников заседания определяется исходя из количества выступающих и времени, отведенного для проведения заседания.

37. После окончания выступлений приглашенного Председатель предоставляет право участникам задать уточняющие ему вопросы и дополнительное время для ответов на вопросы.

38. После окончания выступлений, приглашенных по всем вопросам повестки заседаний Председатель предоставляет слово для выступления участникам заседания, зарегистрировавшимся для выступления в порядке очередности, определенном при регистрации.

39. После окончания всех выступлений Председатель подводит итоги заседания.

40. По результатам заседания принимается итоговый протокол, который подписывается Председателем и секретарем Комитета.

41. Итоговый протокол считается принятым, если за него проголосовало более половины присутствующих членов Комитета.

42. Секретарь не позднее пяти дней со дня принятия итогового протокола обеспечивает его публикацию на интернет-ресурсах МО и (или)в печатных периодических изданиях.

43. Рекомендации, принятые на основе итогового протокола, в десятидневный срок направляются Председателем Комитета в МО, управление здравоохранения, НПО, членам Комитета для изучения и принятия мер.

**Приложение 1 к Руководству**

**Объявление**

**о создании Комитета общественного доверия к здравоохранению**

**при медицинской организации**

**(Наименование медицинской организации) (далее - МО)** объявляет о создании Комитета ОДЗ при МО.

МО в срок с «\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» по «\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_» (включительно) года принимает от некоммерческих организаций, представляющие интересы здравоохранения или пациентов, а также граждан в письменной форме предложения по кандидатурам в Комитет ОДЗ.

**Требования к кандидатам в члены Комитета ОДЗ при МО**

**Кандидат в члены Комитета не должен:**

1) иметь судимость;

2) быть в установленном законом порядке признанным судом виновным в совершении коррупционного преступления и (или) коррупционного правонарушения;

3) состоять на учете в организациях здравоохранения по поводу психического заболевания, алкоголизма, наркомании или токсикомании.

4) иметь личную заинтересованность или конфликт интересов.

Каждая некоммерческая организация и каждый гражданин, направивший свои предложения, могут предлагать не более одного кандидата.

Прием документов *(заявление от граждан или предложение от некоммерческой организации, биографические сведения кандидата, копия документа о регистрации некоммерческой организации в органах юстиции)* производится в указанные сроки ежедневно с 9.00 до 18.30 часов, с перерывом с13.00 до14.30 часов, кроме субботы и воскресенья, по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или по электронной почте: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение 2 к Руководству**

**В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(наименование медицинской организации)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование некоммерческой организации, № и дата юридической регистрации)*

вносит предложение о включении в состав Комитета общественного доверия к здравоохранению при МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (фамилия, имя, отчество кандидата, удостоверение личности № \_\_\_\_, выдано (когда, кем).

Подтверждаем, что согласно требованиям, предлагаемый кандидат (Ф.И.О.) не имеет судимости, не признавался в установленном законом порядке виновным в совершении коррупционного преступления и (или) коррупционного праве нарушения, не состоял на учете в организациях здравоохранения по поводу психического заболевания, алкоголизма, наркомании или токсикомании.

Настоящим заявлением, подтверждаем соответствие кандидата (Ф.И.О.) настоящим требованиям.

Биографические сведения кандидата прилагаются.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись, Ф.И.О. руководителя некоммерческой организации, и печать организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись кандидата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(наименование медицинской организации)**

Форма

**Заявление**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. заявителя, удостоверение личности № \_\_\_\_, выдано (когда, кем)\_\_\_\_\_\_)*

выдвигаю свою кандидатуру для включения в состав Комитета общественного доверия к здравоохранению при МО.

Подтверждаю, что согласно требованиям, являюсь гражданином Республики Казахстан, не имею судимость, не признавался в установленном законом порядке виновным в совершении коррупционного преступления и (или) коррупционного правонарушения, не состоял на учете в организациях здравоохранения по поводу психического заболевания, алкоголизма, наркомании или токсикомании.

Настоящим заявлением подтверждаю, что я ознакомлен с Положением «О комитете ОДЗ» и обязуюсь соблюдать его требования.

Биографические сведения прилагаю.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г. Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма

**Биографические сведения кандидата в члены Комитета ОДЗ при МО**

1. ФИО (прописать полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата и место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Образование, специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Место работы/ или род занятий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Общественная деятельность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Данные удостоверения личности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер, когда и кем выдано)

9.Телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(служебный) (мобильный) (домашний)

« \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 года

(Дата заполнения) (Подпись)

**Приложение 3 к Руководству**

*Проект приказа*

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ХХ.ХХ.20 г. |
| *(наименование населенного пункта)* | *дата* |

**«О создании Комитета общественного доверия к здравоохранению при медицинской организации»**

Приказ № ХХХ

Для повышения информированности населения в сфере здравоохранения, прозрачности и открытости системы здравоохранения, осуществления позитивных преобразований, адаптированных к нуждам населения, развитию обратной связи и диалога, укреплению взаимопонимания и доверия между потребителями медицинских услуг и медицинской организацией, формирования культуры активного участия граждан в вопросах собственного здоровья, а так же для обеспечения качественной комплексной, интегрированной помощи с целью улучшения показателей здоровья прикрепленного населения, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Образовать Комитет общественного доверия к здравоохранению (далее – Комитет ОДЗ) при МО.

2. Утвердить прилагаемые:

1) состав Комитета ОДЗ при МО;

2) Положение о Комитете ОДЗ при МО;

3. Ответственному сотруднику в установленном порядке обеспечить проведение заседаний Комитета.

4. Контроль оставляю за собой.

5. Настоящее приказ вводится в действие со дня подписания.

|  |  |
| --- | --- |
| **Руководитель МО** | **ФИО** |
|  |  |

Приложение 1  
к приказу

от ХХХ 2021 года №ХХХ

**Состав Комитета ОДЗ при МО**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество (при наличии) | Контактные данные |
| **Председатель** | | |
| 1 |  |  |
| **Секретарь** | | |
| 2 |  |  |
| **Члены** | | |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

Приложение 2  
к приказу  
от ХХХ 2021 года №ХХХ

**Положение о Комитете общественного доверия к здравоохранению**

**при медицинской организации**

**1. Общие положения**

1. Комитет общественного доверия к здравоохранению (далее - Комитет ОДЗ) является консультативно-совещательным органом при медицинской организации, который является площадкой для построения диалога между представителями организации здравоохранения и населения, создаваемый для выработки предложений и рекомендаций по актуальным вопросам здоровья и услуг здравоохранения прикрепленного населения, а также мониторинга за выполнением рекомендаций.

2. Целью деятельности Комитета ОДЗ является выработка предложений по улучшению подходов в работе с пациентами, деятельности МО, доступности и в оказании качественной комплексной интегрированной медико-социальной помощи населению.

3. Комитет ОДЗ в своей деятельности руководствуется законодательством Республики Казахстан и иными нормативными правовыми актами, а также настоящим Положением.

**2. Основные принципы, задачи и функции Комитета ОДЗ при МО**

4. Деятельность Комитета ОДЗ основываться на следующих **принципах:**

1) **Принцип законности** - деятельность осуществляется на началах равенства всех перед законом, обязанности соблюдать нормы Конституции Республики Казахстан, иных нормативных правовых актов Республики Казахстан.

2) **Принцип независимости** – Комитет ОДЗ и его участники независимы при осуществлении своих прав и исполнении обязанностей. Вмешательство в их деятельность со стороны руководства медицинских организаций и других государственных органов, иных организаций и лиц, за исключением случаев, прямо предусмотренных законами Республики Казахстан, недопустимо.

3) **Принцип коллегиальности** предполагает, что ряд решений принимается только после совместного обсуждения. Коллегиальность в связях с общественностью предполагает личную ответственность и участие каждого конкретного человека в общем процессе.

4) **Принцип целесообразности, в том числе экономической**, ориентация на стоящие перед Комитетом цели и задачи;

5) **Принцип справедливости** как один из основных принципов жизнедеятельности общества, равенства и доступности медицинской помощи в области здоровья и здравоохранения;

6) **Принцип гласности** - проведение открытых заседаний и принятий решений Комитета ОДЗ, а также свободный доступ к ним, доступность информации об исполнении принятых Комитетом решений.

5. **Основной задачей** Комитета ОДЗ является выработка рекомендаций по вопросам механизма и инструментов информированного общественного мониторинга и обратной связи.

6. В **функции** Комитета ОДЗ входит:

1) изучение нужд и мнения населения касательно деятельности МО с целью планирования и развития медицинской организации,получения общественной поддержки в распределении имеющихся ресурсов, направленных на улучшение качества и сервиса при оказании услуг;

2) анализ общественного мнения, выявления проблем и выработки предложений и рекомендаций;

3) информирование МО о нуждах и потребностях сообщества в области здоровья при планировании развития организации;

4) установление и развитие конструктивного диалога и социального партнерства между населением и медицинской организацией, населением и общественностью;

5) информирование населения об услугах и программах, осуществляемых в медицинской организации, а также о стратегических задачах и направлений развития медицинской организации;

6) установление проритетных направлений по программе улучшения здоровья прикрепленного населения вместе с МО;

7) формирование культуры активного участия самого населения к обсуждению вопросов здоровья и услуг здравоохранения;

8) мониторинг и оценка реализации согласованного плана мероприятий по улучшению деятельности МО;

9) проведение заседаний;

10) анализ и оценка результатов внедрения МИОМОС в пилотной МО;

11) согласование с МО планов мероприятий для улучшения качества медицинской помощи на основании предложений и рекомендаций Комитета ОДЗ при МО с конкретными целевыми показателями результатов и сроками;

12) организация встреч с партнерами (представители НПО, УОЗ, МО);

13) публикации на сайтах, инфостендах, плакатах и других ресурсах при МО планов мероприятий для улучшения деятельности организации, а также данных об оценках и достижениях: набор согласованных с Комитетом ОДЗ целевых показателей результатов;

14) участие в разработке Концепции МИОМОС;

15) участие в разработке Хартии о правах пациентов с отражением прав и обязательств потребителей и поставщиков медицинских услуг, форм взаимодействия и диалога; а также предложений по вариантам принятия документа;

16) иные функции и полномочия, предусмотренные законодательством, настоящим положением, необходимые для успешной реализации Задания.

7. Совет ОДЗ в пределах своей компетенции:

1) взаимодействует с местными исполнительными и другими государственными органами, и организациями;

2) приглашает на заседания и заслушивает представителей государственных органов, организаций, должностных лиц и граждан по вопросам, входящим в ее компетенцию;

3) в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, запрашивает и получает от государственных органов, организаций, должностных лиц и граждан материалы, необходимые для осуществления ее функций.

**3. Организация деятельности Комитета ОДЗ при МО**

8. Председатель Комитета ОДЗ при МО руководит ее деятельностью, председательствует на заседаниях, планирует ее работу, осуществляет общий контроль над реализацией ее решений. Во время отсутствия председателя его функции выполняет один из членов Комитета.

9. Каждый член Комитета ОДЗ, включая председателя Комитета ОДЗ вправе вносить предложения для улучшения деятельности МО.

10. Рабочим местом Комитета ОДЗ является МО, которое осуществляет организационно-техническое обеспечение работы Комитета ОДЗ, в том числе готовит предложения по повестке дня заседания Комитета ОДЗ, необходимые документы, материалы.

11. После проведения заседания Комитета ОДЗ секретарь Комитета ОДЗ оформляет протокол. Секретарь не является членом Комитета ОДЗ, а является сотрудником МО.

12. Заседания Комитета ОДЗ проводятся не реже 1 раз в месяц.

13. Члены Комитета ОДЗ принимают участие в их деятельности без права замены. Замена осуществляется путем изменения в приказ МО.

14. Заседание Комитета ОДЗ считается правомочным при участии не менее половины от общего числа членов Комитета ОДЗ.

15. По итогам работы Комитет ОДЗ вырабатывает соответствующие рекомендации.

15. Решения Комитета ОДЗ принимаются открытым голосованием и считаются принятыми, если за них подано большинство голосов от общего количества членов Комитета ОДЗ. Члены Комитета ОДЗ имеют право на особое мнение, которое указывается в протоколе.

16. По результатам проведения заседаний Комитета ОДЗ составляется протокол, подписываемый председателем и секретарем.

17. Учет и хранение материалов и протокольных решений Комитета ОДЗ осуществляет секретарь Комитета ОДЗ.

**4. Прекращение деятельности Комитета ОДЗ при МО**

18.Основанием для прекращения деятельности Комитета ОДЗ при МО является решение руководителя МО после завершения Задания.

**Приложение 4 к Руководству**

**План работы Комитета ОДЗ при МО\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Суть проблемы** | **Предлагаемое решение проблемы** | **Ожидаемый результат, срок исполнения** | **Примечание** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Примечание:*

*План работы Комитета ОДЗ при МО составляется на основе рекомендаций и предложений фокус-группами из представителей населения / пациентов и специалистам, включенных в ПЛАН мероприятий по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг между и (представленный в Руководстве по внедрению и пилотированию МИОМОС в медицинских организациях)*

**Приложение 5 к Руководству**

**Итоговый протокол**

**Заседания Комитета ОДЗ при МО**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.**

**Место проведения**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*указать наименование медицинской организации и полный адрес ее нахождения*)

**Дата проведения**: дд/мм/гггг с \_\_\_\_:\_\_ часов до \_\_\_\_:\_\_ часов

**Тема заседания Комитета**:

\**указать* тему заседания исходя из *Плана мероприятий по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг в рамках Задания по внедрению механизма общественного мониторинга и обратной связи с населением*

**Задачи исследования**:

*\*указать основные проблемы, требующие обсуждения и решения*

**Состав участников**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Имя** | **Характеристика участника** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Явочный лист присутствующих участников с подписями прилагается.

***Вопрос*** *№\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?»*

**Рекомендации и предложения:**

*\*обобщить все рекомендации и предложения.*

К протоколу прилагаются:

Приложение 1 - Явочный лист участников;

Приложение 2 - Фото отчет заседания

Приложение 3 - Предложения и рекомендации по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг от участников

**Председатель Комитета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Секретарь Комитета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Приложение 1

к Протоколу заседания

Комитета ОДЗ при МО

№ \_\_\_\_\_

от \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.

Форма

**ЯВОЧНЫЙ ЛИСТ**

**участников Комитета ОДЗ при МО и приглашенных**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Имя участника | Контакты участника | Подпись |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Приложение 2

к Протоколу заседания

Комитета ОДЗ при МО

№ \_\_\_\_\_

от \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.

Форма

**Фото отчет заседания Комитета ОДЗ при МО**

вставка фотографии

*изложить краткое содержание к фотографии*

*Примечание: к фото отчету прилагаются не менее 5 фотографий, из которых в обязательном порядке должны быть отражены ход проведения заседания, участие в обсуждении и выступление участников Комитета, а также общее фото всех участников Комитета*

**Приложение 4 – Руководство по организации и проведению фокус-групп с пациентами и персоналом медицинских организаций**

**Организация и проведение фокус-групп с пациентами и персоналом медицинских организаций**

**1. Определение метода. Цель и тематика фокус-групп в рамках МИОМОС**

Работа фокус-групповых заседаний в рамках МИОМОС за 2020-2021 гг. в медицинских организациях семи пилотных регионов РК показала, что ФГ являются эффективным инструментом коммуникации между МО и населением и способствуют вовлечению пациентов в процессы управления МО и выработке необходимых решений.

*Основная цель ФГ* заключается в установлении и развитии конструктивного диалога и социального партнерства между населением и медицинской организацией. На практике фокус-группы позволяют определить основные потребности пациентов МО, жалобы и предложения с их стороны, связанные с качеством предоставляемой медицинской помощи, а также наталкивают на поиск оптимальных решений по выявленным проблемам.

Фокус-группа - беседа группы людей по определенному плану на заранее поставленную тему в непосредственном контакте в специально подготовленном помещении. Метод предполагает предметную концентрацию опрашиваемых на одном вопросе и его всестороннее обсуждение. При этом фокус внимания участников дискуссий сосредотачивается на каком-то оном важном аспекте проблемы, а внимание исследователей фокусируется на выяснении мнений по поставленному вопросу, на значении различных точек зрения представителей различных социальных категорий, а также на поиске возможных путей.

В результате применения метода получают исключительно насыщенное количество детальной информации, не получаемой ни при каком другом методе. Смысл заключается в синергетическом эффекте, создаваемом ситуацией группового обсуждения, преодолевается скованность, психологические защиты, межличностные барьеры, люди проще и более открыто выражают свои эмоции.

Тематика фокус-групп может определяться медицинской организацией самостоятельно, исходя из управленческих задач. Участие граждан в составе группы необходимо для обсуждения и решения целого спектра проблем, связанных с повышением прозрачности и ответственности поставщиков медицинских услуг; повышением качества предоставляемых медицинских услуг и обслуживания населения; повышением удовлетворенности населения и медицинских работников; улучшением показателей здоровья граждан; повышением информированности населения в сфере здравоохранения, системе ОСМС, правах и обязательствах как получателей медицинских помощи и услуг, так и их поставщиков и т.д.

Возможно обсуждение проблем, имеющих локальный характер, касающихся *функционирования отдельной медицинской организации*:

* организация врачебного приема, анализов и инструментальных исследований;
* процедуры госпитализации;
* регулирование очередей и записи к отдельным специалистам;
* управление процессами выдачи лекарственных препаратов в рамках ГОБМП;
* осведомленность по услугам психолога и социального работника;
* процессы оформления инвалидности, патронажных услуг, в дома престарелых;
* условия в дневных стационарах;
* ремонт оборудования и помещений, особенно в больницах;
* оснащение больниц с учетом нужд пациентов;
* этика поведения персонала;
* функционирование Школ здоровья;
* информационное обеспечение работы МО, особенно в части ГОБМП и ОСМС;
* отсутствие навигаторов и указателей маршрута пациента по МО;
* информирование по здоровому образу жизни;
* учет потребностей лиц с инвалидностью как в организации доступности архитектурной среды, так и при организации врачебного приема;
* транспортная доступность МО;
* наличие парковок и подъездных дорожек;
* оснащение прилегающих к МО территорий удобными скамейками и беседками.

Возможно вовлечение население в обсуждение вопросов, требующих решения *на институциональном уровне:*

* нехватка и текучесть кадров, особенно профильных «узких» специалистов;
* квалификация и компетентность медицинских кадров;
* цифровизация здравоохранения, работа программ КМИС;
* лекарственное обеспечение, особенно в сельских населенных пунктах;
* стандарты и нормативы в отношении организации врачебного приема;
* низкая заработная плата медицинских работников;
* защищенность и безопасность медицинских работников;
* вопросы сервиса и удобств в стационарах (особенно сельских);
* медико-социальные потребности семей с детьми с инвалидностью, поддержка родителей;
* организация педиатрической помощи;
* развитие реабилитационной помощи для детей с инвалидностью;
* медико-социальное и психологическое сопровождение онкобольных, престарелых граждан, развитие служб социально-психологической поддержки;
* качество и доступность медицинской помощи в селах для всех категорий пациентов;
* доступность диагностических услуг в регионах, особенно сельских;
* нехватка хосписов, служб сестринского ухода;
* расширение пакета ОСМС, в том числе для уязвимых категорий населения;
* медицинское просвещение, формирование культуры здоровья на уровне общества.

**2. Состав и численность участников фокус-групп**

Границы численности фокус-группы колеблются в пределах 6-15 человек. Размер фокус-группы должен быть таким, чтобы позволить участникам беседовать предельно откровенно. В особых ситуациях возможен сокращенный вариант группы – менее 6 участников. Кроме того, малочисленные группы желательны тогда, когда необходимо получить максимально глубокие и развернутые мнения. Кроме того, малочисленные группы желательны тогда, когда необходимо получить максимально глубокие и развернутые мнения. Этот подход целесообразен, если обсуждаются проблемы «закрытых» или особых групп пациентов, деликатные вопросы или гендерно-окрашенные проблемы.

Опыт работы в условиях карантина по COVID-19 показал действенность проведения обсуждений в стационарах пошагово, в рамках микро-групп (3-4 человека), по количеству пациентов в палатах. Таким образом опрашивается необходимое количество пациентов (до 12 человек). Главное условие – сохранение группового формата дискуссий и следование плану ФГ. Кроме того, в стационарах возможно проведение обсуждений в групповых чатах в мессенджерах при условии согласия со стороны пациентов. С этой целью желательно обеспечить доступ к сети интернет.

Согласно методологии МИОМОС предполагается формирование и проведение фокус-групп, состоящих из двух категорий участников: 1) пациентов, 2) специалистов и партнеров МО.

Фокус-группы с участием *пациентов* формируются по следующим критериям, в зависимости от типа МО:

1. из числа прикрепленного населения поликлиники по возрастному критерию (лица пожилого возраста, лица работоспособного возраста, подростки и молодежь) и в зависимости от потребностей в услугах (пациенты с хроническими заболеваниями из числа подлежащих динамичному наблюдению; беременные женщины, инвалиды, члены многодетных или малообеспеченных семей и др.
2. из числа пациентов многопрофильного стационара по возрастному критерию и по различным видам заболеваний в зависимости от профиля деятельности стационара.

При формировании состава ФГ с пациентами следует учитывать следующие характеристики потенциальных участников дискуссий:

* социальная принадлежность: обычно в одну группу включают участников, близких друг другу по социальному статусу;
* жизненный опыт участников: в одну фокус-группу собираются, как правило, близкие по жизненному опыту люди;
* степень компетентности: люди с существенно разной степенью компетентности не должны присутствовать в одной группе;
* возраст и семейный статус: в одну группу лучше не включать участников разных возрастов;
* культурные различия: желательно не включать в одну группу представителей разных культур;
* пол: большинство исследователей выступает за смешанные по половому признаку фокус-группы;
* точка зрения на обсуждаемую проблему: в группу следует приглашать людей с разными мнениями по вопросам, выносимым на дискуссию.

Для участия в фокус-группах из числа *специалистов и партнеров МО* приглашаются медицинские и немедицинские работники МО, специалисты управления здравоохранения региона из числа управленческого состава (заместители руководителя, руководители отделов или штатные координаторы по службам) курирующие вопрос внедрения МИОМОС, представители неправительских организаций (НПО).

К участию в фокус-группе не должны привлекаться: лица, знакомые с процедурой проведения фокус-групп; лица, знакомые друг с другом или с модератором; лица, деятельность которых связана с фокус-групповыми исследованиями, маркетингом или рекламой, а также профессиональные социологи и психологи.

*Примечание\** *Следует избегать ситуации, когда в фокус-группах участвуют одни и те же лица (обычно из числа близких знакомых организаторов), которые «притворяются» то диспансерными пациентами, то малообеспеченными или многодетными.*

Согласно методологии МИОМОС, проблемы, выявленные в ходе дискуссий с пациентами, выносятся на обсуждение со специалистами для уточнения и определения реалистичности возможных решений этих проблем, составления плана реализации решений и последующей передачи на рассмотрение Комитета ОДЗ.

**3. Количество фокус-групп и частота их проведения**

Реализация метода требует создания нескольких дискуссионных групп и проведения коллективного обсуждения проблемы с целью ее глубокого понимания, и поиска оптимальных путей решения. Количество проводимых фокус-групп должно быть достаточным для того, чтобы выявить мнение представителей тех групп населения, которые по-разному относятся к изучаемой проблеме. Увеличение количества групп желательно продолжать, пока в обсуждениях появляются новые мнения, то есть пока дискуссии не станут повторяться по кругу, и объем новой информации, получаемой от каждой последующей группы не снизится до такой степени, что дальнейшее их проведение станет бессмысленным.

Частота проведения фокус-групповых обсуждений определяется управленческим задачами, размером и типом медицинской организации. Опыт пилотного внедрения МИОМОС позволяет рекомендовать проводить фокус-групповые заседания с пациентами не реже 1 раза в месяц, не ограничиваясь при этом только одной ФГ и одной категорией пациентов. Желательно провести не менее трех ФГ с пациентами с последующим обсуждением результатов на фокус-группах с персоналом МО и передачей выявленных проблем на рассмотрение Комитетов ОДЗ.

В целях обеспечения системного подхода в организации фокус-групп, целесообразно установить постоянную дату - день месяца или день недели, когда приглашается население для диалога и участия в ФГ. Аналогично установить дату и периодичность заседаний для фокус-групп с участием специалистов и партнеров.

**4. Процедуры и инструменты рекрутинга (набора) участников фокус-групп**

Существует несколько методов рекрутинга участников фокус-групп, которые подходят для формирования дискуссионных площадок *пациентов*.

* Участники набираются путем случайного отбора в местах так называемого вероятного скопления целевой группы (в данном случае сами медицинские организации).
* Метод «снежного кома», когда сотрудники МО, а также потенциальные участники фокус-группы приглашают своих знакомых, друзей, коллег и пр.
* Использование готовых списков / клиентской базы, где зафиксированы имена, телефонные номера и адреса потенциальных участников ФГ (также являются доступными для пилотных МО).
* Привлечение респондентов через средства массовой коммуникации. В рамках пилотного внедрения МИОМОС разработаны информационные стенды, размещенные в медицинской организации на двух языках (казахский, русский), содержащие информацию по созданию ФГ в МО (ПМСП или стационар) и приглашающие принять участие в работе фокус-групп.

Обязательные пункты инфостенда: приглашение-мотивация («*Нам важно ваше мнение*»), вопросы и проблемы для обсуждения («*Что мы делаем*»), достижения и отчеты о проведенных заседания, актуальный график фокус-групп, информация для желающих для влечения в состав ФГ (контакты координатора и текст сообщения). Всего разработано три варианта таких инфостендов (текст информационных стендов прилагается, см. Форму 1).

Основными инструментами, используемыми в сети интернет, с помощью которых можно привлечь внимание населения к проекту являются инфопосты на интернет ресурсах медицинской организации: страницах сайта медицинской организации, в Instagram, Facebook и в других социальных сетях. Помимо информации о проведенном заседании фокус-групп, инфопосты содержат приглашение к сотрудничеству для жителей обслуживаемых районов (см. Форму 2).

Для включения *специалистов управления здравоохранения и представителей НПО* медицинская организация осуществляет запрос официальным письмом, подтверждение для включения также осуществляется на основание письменного ответа данных организаций. Предварительное обсуждение кандидатур и их согласование может осуществляться электронно.

**5. Методический инструментарий: гайд, инструкции**

Гайд (guide — руководство, пособие) или вопросник является ключевым элементом в подготовке фокус-групп, это план, сценарий заседания, иногда его называют путеводителем. Его лучше делать подробным, тщательно его продумывая. Хорошо разработанный план обсуждения в сочетании с профессиональными навыками модератора способствует тому, что многие запланированные темы возникают спонтанно, исходя из общих рамок дискуссии и фокусирующих действий модератора.

Необходимо помнить, что гайд, даже если он составлен достаточно подробно, выполняет функции памятки, а не анкеты. В напряженной атмосфере дискуссии модератор легко может упустить какой-то важный вопрос. Перечень вопросов для обсуждения должен быть составлен на понятном для участников языке, простом, доступном, без специальных терминов (см. Форму 3).

Для фокус-групп были разработаны инструкции по их проведению и организации, подробные гайды/опросники, а также формы отчетности. Проведение ФГ в рамках пилотного внедрения МИОМОС в течение 2020-2021 гг. подтвердило пригодность и удобство предлагаемого методического набора.

С учетом накопленного же опыта рекомендуется гибко подходить к формированию гайда / опросника фокус-группы (особенно для пациентов), адаптируя его под конкретную тему обсуждения. Предлагаемые в рамках данной Концепции инструменты следует использовать как опорный базовый вариант.

С учетом изменения эпидемиологической ситуации в марте 2020 года, введения режима ЧП и карантина по COVID-19 были также разработаны инструкции для проведения ФГ в онлайн формате на платформах Zoom и Skype (см. Форму 4). Опыт показал, что проведение ФГ в дистанционном онлайн формате не снижает их результативности.

Кроме того, были разработаны инструкции для проведения ФГ в формате групповых чатов в мессенджерах WhatsApp и Telegram (см. Форму 5).

**6. Организация помещения для проведения фокус-групп**

Очень важным является вопрос организации помещения для проведения ФГ.Фокус-группы могут проводиться либо в стационарных помещениях, специально оборудованных для этой цели, либо в помещениях, временно приспособленных для проведения ФГ. Общие требования к обстановке помещения заключаются в том, чтобы не создавать дискомфорт или иные неблагоприятные эмоции. Неблагоприятная физическая среда может отвлекать модератора и участников группы, т.е. может негативно сказаться на проведении фокус-группы.

Помещение, предназначенное для проведения группы, должно соответствовать следующим правилам:

* в распоряжении участников должно находиться достаточное количество сидений;
* на столах должно быть достаточное количество карандашей и бумаги для участников заседания, чтобы они могли записывать свои мнения по просьбе модератора или делать заметки для себя;
* температура в помещении должна быть комфортной, а само помещение хорошо проветренным;
* должны быть исключены источники посторонних шумов и иных возможных помех обсуждению; персонал, непосредственно не связанный с работой группы, необходимо удалить; телефоны следует выключить.

**Предметом особого внимания и контроля должно быть состояние записывающей аппаратуры (фото- и видеосъемка, аудиозапись заседания). Кроме того, должно быть обеспечено ведение письменной стенограммы или протокола ФГ.**

**7. Проведение фокус-групповых обсуждений**

Модератор и его помощник / помощники должны прибыть к месту проведения группы заранее, чтобы лично убедиться в полной готовности помещения, оборудования и всех остальных атрибутов проведения фокус-групп. Предметом главного внимания и контроля со стороны модератора должно быть состояние звукозаписывающей аппаратуры. Звукозаписывающая аппаратура должна быть задублирована, и модератор должен лично убедиться в том, что она работает. Кроме того, в обязанность присутствующего на заседании помощника модератора должно входить ведение стенограммы путем записи от руки. Это дополнительное средство страховки необходимо не только на случай технических неполадок, но и на случай возникновения неожиданных шумов, что является не таким уж редким событием. Модератор должен также проверить работу видеоаппаратуры если она имеется.

Участники фокус-групп должны быть заранее проинформированы в обязательном порядке о том, что фокус-групповое интервью записывается на аудио – и/или видео-носитель, а также протоколируется. Данные процедуры являются важным методическим требованием к проведению любых фокус-групповых интервью. Участники фокус-групп должны дать устное согласие и быть готовы участвовать в фокус-группе на таких условиях. Перед началом ФГ заполняется явочный лист.

В свою очередь, модератор должен гарантировать конфиденциальность и анонимность данных, получаемых в ходе фокус-групповой встречи, соблюдение этики в отношении каждого участника, а также вправе требовать соблюдения этики от каждого участника фокус-групп.

Ход фокус-групповых обсуждений следует планировать заранее и подробно прописывать в гайде / вопроснике ФГ. Стандартный план проведения ФГ предполагает наличие нескольких последовательных этапов, которые необходимо соблюдать.

***Начальный этап.*** Начальный этап начинается с того момента, когда участники вошли в комнату для заседаний и заняли свои места. Этот этап включает в себя вступительное слово модератора и так называемый «разогрев» группы (3-5 минут). Модератор произносит краткое вступительное слово, которое, с одной стороны, вводит участников в курс дела, а с другой, — сообщает им определенную юридически значимую информацию. Участники группы должны быть информированы о том, что их высказывания записывают на аудио- и видеоносители. Этические требования запрещают использовать полученную информацию для идентификации респондентов вне исследовательских целей. Запрещено, в частности, любое публичное (видео-, аудио- или печатным способом) воспроизведение высказываний участников ФГ, позволяющее идентифицировать их личность по внешности, голосу или характеру сообщаемой информации.

Вступительное слово модератора обычно включает в себя следующий перечень вопросов: имя модератора; предмет обсуждения («дискуссия должна освещать тему...»); просьба сообщить имена участников; просьба обращаться к модератору и к другим участникам по именам; роль, которую модератор отводит самому себе; право на свободное выражение мнений участников; участники не должны говорить одновременно; обсуждение записывается и протоколируется; участники могут дискутировать друг с другом, а не только с модератором: участники должны быть искренни в своих высказываниях; модератор заинтересован в истине, а не в успехе обсуждаемой идеи как таковой; имена участников не будут упоминаться в отчете.

***Основная часть дискуссии.*** Как уже говорилось ранее, основная часть дискуссии ведется в соответствии с заранее разработанным планом. При этом необходимо помнить, что целью является не следование плану само по себе, а получение предусмотренной им информации. Перед модератором в ходе основной части дискуссии стоят две основные задачи: регулирование обсуждения и его фокусирование на проблеме исследования. По сравнению с индивидуальным интервью эта проблема существенно усложнена как самим фактом наличия большого числа участников дискуссии, так и неодинаковостью их поведения.

Необходимо следить за максимально полным охватом участников в ходе дискуссии, а также определенное выравнивание степени их участия. Важно внимательно слушать участников, чтобы направлять обсуждение по намеченному пути, а также для создания благоприятной атмосферы. Крайне важно, чтобы модератор всеми доступными ему средствами поддерживал высказывания, которые углубляют раскрытие темы и тем самым делают обсуждение более значимым.

Внимательное слушание помогает также модератору управлять дискуссией. Модератор, который замечает и запоминает высказывания участников, может позднее напомнить их членам группы и сравнить с тем, что говорится в текущий момент. Ничто не приносит такого удовлетворения участникам, как напоминание им их собственных слов, даже если при этом указывается на нелогичность их высказываний. Слушание и запоминание рассматриваются людьми как искренний жест уважения к ним.

***Завершение ФГ*.** Завершение группового интервью имеет содержательный, организационный и этический аспекты. С содержательной точки зрения целесообразным является проведение в той или иной форме финального резюме. К примеру, модератор может кратко суммировать основные точки зрения и предложить каждому участнику их прокомментировать. Организационная проблема, стоящая перед модератором, часто состоит в том, чтобы, не оскорбляя их чувств и не нарушая приличий, заставить поскорее разойтись, причем в некоторых случаях это бывает весьма непростой задачей, поскольку часть участников может испытывать неодолимое желание продолжить беседу.

Финальная часть фокус-группы нацелена на то, чтобы отпустить людей в хорошем настроении, создать у них позитивное эмоциональное отношение к процессу фокус-группового исследования. По завершении обсуждения модератор осуществляет следующие действия:

1. Благодарит каждого респондента за участие в обсуждении и высказывает надежду, что они все вместе хорошо провели время.

2. Объясняет группе, если это необходимо, что необходимо помнить об этических аспектах и не разглашать информацию, касающуюся личностей участников обсуждения и фигуры модератора.

С этого момента заседание группы завершено, и участникам предлагается покинуть комнату заседания. Для модератора же и представителей заказчика этот момент является началом стадии обсуждения проведения группы.

Программа проведения ФГ с пациентами может выглядеть следующим образом.

10:00 Начало работы. Приветственное слово. Знакомство с участниками фокус-группы.

10.15 Представление целей работы фокус-группы. Разъяснение правил и порядка работы. Определение ожиданий от работы фокус-группы. Деление участников на малые группы (2-3, в зависимости от количества участников).

10.30 Работа в малых группах. Задание 1: определение списка проблем (максимальное количество 8-10).

10.45 Презентация и обсуждение результатов.

11.00 Работа в малых группах. Задание 2: проранжировать и выделить три самых острых проблемы.

11.15 Презентация и обсуждение результатов.

11.30 Работа в малых группах. Задание 3: возможные пути решения выбранных трех проблем.

11.45 Презентация и обсуждение результатов.

12.00 Определение плана дальнейшей работы. Обратная связь. Оценка эмоционального настроя. Завершение работы фокус-группы.

Работа фасилитаторов. Подготовка материалов к работе с фокус-группой с персоналом и партнером.

Работа фокус-группы с персоналом может строиться по следующей программе:

14:00 Начало работы группы. Приветственное слово.

14.15 Представление целей работы фокус-группы. Разъяснение правил и порядка работы. Определение ожиданий от работы фокус-группы.

14.30 Работа со списком проблем, определенным населением, уточнение, дополнение, анализ, комментарии.

15.15 Обсуждение путей решения проблем, предложенных пациентами, уточнение формулировок, сроков и ответственных/вовлеченных лиц.

16.00 Определение плана дальнейшей работы. Обратная связь. Оценка эмоционального настроя. Завершение работы фокус-группы.

Работа фасилитаторов. Обобщение материалов. Подготовка итогового документа. Комментарии.

**8. Модератор фокус-групп**

Модератор - ключевая фигура в фокус-групповом заседании. Основная его функция состоит не столько в опрашивании, сколько в регулировании дискуссии. Желательно обеспечить 100% охвата участников в дискуссии, не обязательно равного, но сопоставимого вклада в общее обсуждение. Модератору необходимо балансировать между активным участием и пассивным наблюдением.

Важно обеспечить присутствие помощника или помощников модератора, которые помогают со сбором подписей участников в явочных листах перед началом ФГ, а в ходе проведения фокус-групп с настройкой аппаратуры, ведением стенограммы и пр.

Функции модератора можно возложить на сотрудника МО, владеющего опросными методами либо обладающего продвинутыми коммуникативными навыками, это может психолог или социальный работник медицинской организации.

**9. Документирование хода фокус-группы**

Предполагает формирование кратких (протокол или стенограмма обсуждения, к которым прилагаются явочные листы, аудио- и видеозаписи, фотографии) и детализированных отчетов (агрегированные данные по материалам краткого отчета, характеризующего ход обсуждения во всех проведенных дискуссиях по проблеме).

Краткий отчет характеризует ход обсуждения участников фокус-группы во всех проведенных дискуссиях по обозначенным проблемам.

1. Краткий отчет заседания фокус-группы из представителей населения / пациентов по форме 6 состоит из следующих документов:

* титульный лист;
* протокол заседания фокус-группы со следующими приложениями:
* явочный лист с подписями участников фокус-группы;
* фото отчет заседания фокус-группы;
* предложения и рекомендации по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг от участников фокус-группы;
* аудио-запись заседания фокус-группы (в течение всего времени заседания);
* видеозапись заседания фокус-группы (по возможности).

1. Краткий отчет заседания фокус-группы из числа специалистов по форме 7 состоит из следующих документов:

* титульный лист;
* протокол заседания фокус-группы со следующими приложениями:
* явочный лист с подписями участников фокус-группы;
* фото отчет заседания фокус-группы;
* согласованный план мероприятий по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг;
* аудио-запись (в течение всего времени заседания);
* видеозапись (по возможности).

Детализированный отчет – это агрегированные данные по материалам краткого отчета, характеризующего ход обсуждения во всех проведенных дискуссиях по проблеме. Расшифровываются аудиозаписи, анализируется видеозапись (причем большое значение имеет изучение невербальных реакций респондентов). Интерпретируются и обобщаются полученные результаты, делаются выводы и рекомендации.

Детализированный отчет составляется по форме 8, и имеет следующую структуру:

* Введение
* Цели и задачи исследования
* Общие сведения
* Сведения о составе фокус-группы
* Краткое описание полученной информации (П*еречислить все обозначенные проблемы, ход обсуждения. Описание изучаемых общностей, мнений и установок. Приводятся цитаты участников, их мнения*)
* Результаты и основные выводы
* Рекомендации и предложения о последующих шагах.

**10. Анализ полученной информации**

Первичными данными для анализа являются: непосредственные впечатления от проведения фокус-групп, рукописные записи и иногда рисунки, сделанные респондентами, аудио- и видеозаписи, письменные стенограммы обсуждений. Главным элементом анализируемых данных являются, конечно, письменные стенограммы обсуждений, на основе которых осуществляется группировка и аналитическое агрегирование данных. Тем не менее не должна недооцениваться значимость прочих видов первичных данных.

Весь массив полученных в ходе фокус-групповых заседаний качественных данных – жалобы, проблемы, вопросы – целесообразно группировать по тематическим блокам. В ходе реализации Задания в 2020 году было предложено 12 тематических блоков (возможно добавление блоков по необходимости):

1. Организационно-управленческие проблемы.
2. Кадровая обеспеченность.
3. Квалификация и компетентность специалистов.
4. Доступность к медицинской помощи.
5. Информированность населения.
6. Этика и деонтология (коммуникация между пациентом и персоналом).
7. Лекарственное обеспечение.
8. Оснащенность организации медицинским оборудованием и ассортимент услуг.
9. Сервис (удобства, комфорт, маршрут пациента).
10. Проблемы цифровизации и электронного обмена данными.
11. Вопросы реформирования ОСМС и инноваций в здравоохранении.
12. Медико-социальные проблемы.

Рекомендации по решению выявленных проблем также целесообразно распределить по ответственным субъектам или уровням из реализации: уровень непосредственно самой медицинской организации, уровень управления здравоохранением региона и акимата, уровень Министерства здравоохранения РК.

**11. Отчетность перед участниками фокус-групп по реализации их предложений, жалоб или идей** является, на наш взгляд, важным аспектом МИОМОС. Существует несколько возможных вариантов такого рода информирования: размещение информации на интернет-сайтах и стендах МО, смс-рассылка через мессенджеры, ежегодный отчет руководства МО перед населением, а также отчеты Комитетов ОДЗ.

**Форма 1**

**Инфостенд по формированию фокус-групп**

*Название* – располагается в центре в верху стенда – «Станьте участником фокус-группы - ***станьте другом, советником*** ***медицинского сообщества нашей организации***»

Заголовки и содержание :

|  |  |
| --- | --- |
| **Загловок** | **Содержание** |
| *«Нам важно Ваше мнение»* | У Вас есть жалобы и предложения по работе поликлиники?  Вы хотите помочь нам понять как нам улучшиться?  Присоединяйтесь к нам на заседания фокус-групп |
| *«Что мы делаем»* | - Каждый месяц мы собираемся для обсуждения  1. Вашего здоровья  2. Что мешает Вам, Вашим родным и близким, соседям быть здоровыми  3. Как вместе мы можем быть здоровыми  4. Как улучшить больницу/поликлинику  5. План развития больницы/поликлиники |
| *График заседаний фокус-групп* (кармашек – для обновлений) | Актуальный график заседаний фокус-групп |
| *Наши достижения* (кармашек – для обновлений) | Отчет о проделаной работе  Фото и краткие результаты  Список определенных нужд населения  Список предложений  Список идей |
| *Как стать участником фокус-группы* - (кармашек – для обновлений) | Для того, чтобы участником фокус-группы, отправьте сообщение «Хочу стать участником фокус группы» на номер (номер координатора по больнице/поликлинике)….. или на электронную почту (координатора по больнице/поликлинике)………… |

**Инфостенд по формированию фокус-групп из представителей прикрепленного населения в организациях ПМСП**

**Внимание!**

**Уважаемые жители обслуживаемых районов!**

В рамках работы механизма общественного мониторинга и обратной связи с населением в организациях здравоохранения **формируется** **группа из числа жителей обслуживаемых районов** (8-10 человек).

Формирование групп необходимо для установления и развития конструктивного диалога и социального партнерства между населением и медицинской организацией.

**Участие граждан в составе группы** необходимо для обсуждения и решения задач по:

* повышению прозрачности и ответственности поставщиков медицинских услуг;
* повышению качества предоставляемых медицинских услуг и обслуживания населения;
* повышению удовлетворенности населения и медицинских работников;
* улучшению показателей здоровья граждан;
* повышению информированности населения в сфере здравоохранения, системе ОСМС, правах и обязательствах как получателей медицинских услуг, так и поставщиков медицинских услуг;
* развитию обратной связи и диалога, укреплению взаимопонимания и доверия между получателями медицинских услуг и поставщиками медицинских услуг;
* усилению общественного влияния на процессы планирования и принятия решений в сфере здравоохранения;
* развитию культуры осознанного разделения ответственности за свое здоровье.

**Обращаться: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_...**

**Приглашаем Вас к сотрудничеству!**

**Инфостенд по формированию фокус-групп из представителей пациентов в многопрофильных больницах**

**Внимание!**

**Уважаемые пациенты!**

В рамках работы механизма общественного мониторинга и обратной связи с населением в организациях здравоохранения Республики Казахстан **формируется** **группа из числа пациентов данной медицинской организации** (8-10 человек).

Формирование групп необходимо для установления и развития конструктивного диалога и социального партнерства между населением и медицинской организацией.

**Участие граждан в составе группы** необходимо для обсуждения и решения задач по:

* повышению прозрачности и ответственности поставщиков медицинских услуг;
* повышению качества предоставляемых медицинских услуг и обслуживания населения;
* повышению удовлетворенности населения и медицинских работников;
* улучшению показателей здоровья граждан;
* повышению информированности населения в сфере здравоохранения, системе ОСМС, правах и обязательствах как получателей медицинских услуг, так и поставщиков медицинских услуг;
* развитию обратной связи и диалога, укреплению взаимопонимания и доверия между получателями медицинских услуг и поставщиками медицинских услуг;
* усилению общественного влияния на процессы планирования и принятия решений в сфере здравоохранения;
* развитию культуры осознанного разделения ответственности за свое здоровье.

**Обращаться: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_...**

**Приглашаем Вас к сотрудничеству!**

**Форма 2**

**Инфопосты для размещения на сайте медицинской организации в Instagram, Facebook: создание фокус-групп из представителей прикрепленного населения в организациях ПМСП**

**Пример поста в Instagram Таргет: общее население**

**Хештеги для распространения:**#здоровьедлявсех #ФСМС #ПОЛИКЛИНИК #МИОМОС

**Уважаемые жители обслуживаемых районов!**

**Приглашаем Вас к сотрудничеству!**

В рамках работы механизма общественного мониторинга и обратной связи с населением в организациях здравоохранения Республики Казахстан в настоящий момент **формируется** **группа из числа жителей обслуживаемых районов** (8-10 человек).

Формирование групп необходимо для установления и развития конструктивного диалога и социального партнерства между населением и медицинской организацией.

**Участие граждан в составе группы** необходимо для обсуждения и решения задач по:

* повышению прозрачности и ответственности поставщиков медицинских услуг;
* повышению качества предоставляемых медицинских услуг и обслуживания населения;
* повышению удовлетворенности населения и медицинских работников;
* улучшению показателей здоровья граждан;
* повышению информированности населения в сфере здравоохранения, системе ОСМС, правах и обязательствах как получателей медицинских услуг, так и поставщиков медицинских услуг;
* развитию обратной связи и диалога, укреплению взаимопонимания и доверия между получателями медицинских услуг и поставщиками медицинских услуг;
* усилению общественного влияния на процессы планирования и принятия решений в сфере здравоохранения;
* развитию культуры осознанного разделения ответственности за свое здоровье.

**Обращаться: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_...**

**Наше здоровье в наших руках!**

**Давайте идти по пути здоровья вместе!**

**Пример поста в Facebook или на сайте МО**

**Внимание!**

**Уважаемые жители обслуживаемых районов!**

В рамках работы механизма общественного мониторинга и обратной связи с населением в организациях здравоохранения Республики Казахстан в настоящий момент **формируется** **группа из числа жителей обслуживаемых районов** (8-10 человек).

Формирование групп необходимо для установления и развития конструктивного диалога и социального партнерства между населением и медицинской организацией.

**Участие граждан в составе группы** необходимо для обсуждения и решения задач по:

* повышению прозрачности и ответственности поставщиков медицинских услуг;
* повышению качества предоставляемых медицинских услуг и обслуживания населения;
* повышению удовлетворенности населения и медицинских работников;
* улучшению показателей здоровья граждан;
* повышению информированности населения в сфере здравоохранения, системе ОСМС, правах и обязательствах как получателей медицинских услуг, так и поставщиков медицинских услуг;
* развитию обратной связи и диалога, укреплению взаимопонимания и доверия между получателями медицинских услуг и поставщиками медицинских услуг;
* усилению общественного влияния на процессы планирования и принятия решений в сфере здравоохранения;
* развитию культуры осознанного разделения ответственности за свое здоровье.

**Обращаться: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_...**

**Приглашаем Вас к сотрудничеству!**

**Инфопосты по внедрению МИОМОС для размещения на сайте медицинской организации в Instagram, Facebook: создание фокус-групп из представителей пациентов в многопрофильных больницах**

**Пример поста в Instagram Таргет: общее население**

**Хештеги для распространения:**#здоровьедлявсех #ФСМС #ПОЛИКЛИНИК #МИОМОС

**Приглашаем Вас к сотрудничеству!**

**Уважаемые пациенты!**

В рамках работы механизма общественного мониторинга и обратной связи с населением в организациях здравоохранения Республики Казахстан в настоящий момент **формируется** **группа из числа пациентов медорганизации** (8-10 человек).

Формирование групп необходимо для установления и развития конструктивного диалога и социального партнерства между населением и медицинской организацией.

**Участие граждан в составе группы** необходимо для обсуждения и решения задач по:

* повышению прозрачности и ответственности поставщиков медицинских услуг;
* повышению качества предоставляемых медицинских услуг и обслуживания населения;
* повышению удовлетворенности населения и медицинских работников;
* улучшению показателей здоровья граждан;
* повышению информированности населения в сфере здравоохранения, системе ОСМС, правах и обязательствах как получателей медицинских услуг, так и поставщиков медицинских услуг;
* развитию обратной связи и диалога, укреплению взаимопонимания и доверия между получателями медицинских услуг и поставщиками медицинских услуг;
* усилению общественного влияния на процессы планирования и принятия решений в сфере здравоохранения;
* развитию культуры осознанного разделения ответственности за свое здоровье.

**Обращаться: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_...**

**Наше здоровье в наших руках!**

**Давайте идти по пути здоровья вместе!**

**Пример поста в Facebook или на сайте МО**

**Внимание!**

**Уважаемые пациенты!**

**Приглашаем Вас к сотрудничеству!**

В рамках работы механизма общественного мониторинга и обратной связи с населением в организациях здравоохранения Республики Казахстан в настоящий момент **формируется** **группа из числа пациентов медорганизации** (8-10 человек).

Формирование групп необходимо для установления и развития конструктивного диалога и социального партнерства между населением и медицинской организацией.

**Участие граждан в составе группы** необходимо для обсуждения и решения задач по:

* повышению прозрачности и ответственности поставщиков медицинских услуг;
* повышению качества предоставляемых медицинских услуг и обслуживания населения;
* повышению удовлетворенности населения и медицинских работников;
* улучшению показателей здоровья граждан;
* повышению информированности населения в сфере здравоохранения, системе ОСМС, правах и обязательствах как получателей медицинских услуг, так и поставщиков медицинских услуг;
* развитию обратной связи и диалога, укреплению взаимопонимания и доверия между получателями медицинских услуг и поставщиками медицинских услуг;
* усилению общественного влияния на процессы планирования и принятия решений в сфере здравоохранения;
* развитию культуры осознанного разделения ответственности за свое здоровье.

**Обращаться: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_...**

**Приглашаем Вас к сотрудничеству!**

**Форма 3**

**Гайд фокус-группового интервью с пациентами**

1. ПРИВЕТСТВИЕ

***Уважаемые участники сегодняшней встречи!***

Меня зовут \_\_\_(*назовите имя*)\_\_, я - модератор нашей встречи.

Мы собрались в работы Механизма информированного общественного мониторинга и обратной связи (МИОМОС), который предполагает вовлечение населения и его активное участие в вопросах развития услуг здравоохранения, партнерства с медицинскими организациями для повышения качества медицинской помощи на разных уровнях её оказания.

Отмечу, что учёт мнения и пожелания пациентов по удовлетворенности деятельностью организаций здравоохранения имеет важное значение в построении социально-ориентированного здравоохранения.

Наша задача на сегодняшний день поработать над вопросами качества предоставляемых медицинских услуг, обсудить проблемы в сфере здравоохранения, прояснить аспекты удовлетворенности медицинскими услугами.

Разрешите ознакомить вас с форматом и регламентом работы группы на сегодня.

1. РАЗЪЯСНЕНИЕ ПРАВИЛ И ПОРЯДКА РАБОТЫ

Интенсивно работаем до 12:00. Работа будет организована в подгруппах, основной метод – мозговой штурм. Необходимо будет выполнить три несложных задания, время их выполнения также фиксированное. Я буду помогать вам, поддерживать и направлять, можете задавать вопросы. Вам предоставлены необходимые материалы, бумага, маркеры. Результаты работы будут переданы для ознакомления группе, которая будет работать после обеда.

Есть ли вопросы?

*Ответы на вопросы*

Теперь давайте разделимся на подгруппы. Займите места за отдельными столами, пожалуйста.

1. РАБОТА В МАЛЫХ ГРУППАХ. ЗАДАНИЕ 1: **Определить список проблем, с которыми сталкиваются участники фокус-группы в медицинском учреждении как пациенты.**

Сейчас вам необходимо в течение 15 минут составить список проблем, с которыми вы сталкиваетесь при обращении в данное медицинское учреждение в качестве пациентов. Вам надо определить до 10 проблем максимум!

Работаем на больших листах, пишем маркерами.

1. ПРЕЗЕНТАЦИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЗАДАНИЯ 1.

Теперь надо представить ваши списки. Посмотрим, есть ли общие проблемы, какие проблемы являются специфическими для определенных категорий пациентов.

*Участники презентуют результаты обсуждения в малых группах, дают комментарии.*

1. РАБОТА В МАЛЫХ ГРУППАХ. ЗАДАНИЕ 2: **Проранжировать список в порядке убывания значимости/остроты проблемы. Выделить три самых острых проблемы.**

Сейчас вам необходимо в течение 15 минут расположить проблемы в порядке убывания их остроты или значимости (от самой острой до наименее острой), и выделить три приоритетных на ваш взгляд. Работаем на больших листах, пишем маркерами.

1. ПРЕЗЕНТАЦИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЗАДАНИЯ 2.

Представьте результаты работы.

*Участники презентуют результаты обсуждения в малых группах, дают комментарии. Поинтересоваться настроением участников, атмосферой в группах.*

1. РАБОТА В МАЛЫХ ГРУППАХ. ЗАДАНИЕ 3. **Возможные пути решения выбранных трех проблем.**

И последнее на сегодня задание. Так же на 15 минут. Сейчас необходимо предложить варианты решения самых актуальных, острых проблем (3 выделенных в предыдущем задании). Выполняете так, как вы полагаете верным.

*Возможно, предложить* *инструмент работы – таблицу, начертить ее на флип-чарте.*

1. ПРЕЗЕНТАЦИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЗАДАНИЯ 3.

*Участники презентуют результаты обсуждения в малых группах, дают комментарии.*

1. ЗАВЕРШЕНИЕ РАБОТЫ.

Поблагодарить участников фокус-группы. Определить следующие этапы работы. Рассказать, куда будут переданы материалы, как будет выстраиваться система работы с жалобами. Предложить высказаться по кругу всем желающим (установить регламент). Поаплодировать результатам работы.

1. Работа фасилитаторов. *Необходимо подготовить материалы для фокус-группы партнеров/ профессионалов, которая состоится после обеда. Проанализировать и обобщить материалы, возможно составить таблицы, оптимизировать материал, сделать его пригодным для дальнейшего анализа.*

**Гайд фокус-группового интервью со специалистами**

1. ПРИВЕТСТВИЕ

***Уважаемые участники сегодняшней встречи!***

Меня зовут \_\_\_(*назовите имя*)\_\_, я - модератор нашей встречи.

Мы собрались в рамках работы Механизма информированного общественного мониторинга и обратной связи (МИОМОС), который предполагает вовлечение групп населения и активное их участие в вопросах развития услуг здравоохранения, партнерства с медицинскими организациями для повышения качества медицинской помощи на разных уровнях её оказания.

Отмечу, что учёт ваших мнений и пожеланий по деятельности организаций здравоохранения имеет важное значение в построении социально-ориентированного здравоохранения.

Наша задача на сегодняшний день поработать над вопросами качества предоставляемых медицинских услуг, обсудить проблемы в сфере здравоохранения, прояснить аспекты удовлетворенности медицинскими услугами.

Разрешите ознакомить вас с форматом и регламентом работы группы на сегодня.

1. РАЗЪЯСНЕНИЕ ПРАВИЛ И ПОРЯДКА РАБОТЫ

Интенсивно работаем до 16:00. В первой половине дня прошла работа с группой пациентов. Результаты их анализа представлены в материалах, которые мы вам сейчас раздадим. Далее результаты будут переданы для работы Комитета ОДЗ, в целях выстраивания системы обратной связи, реагирования на жалобы и т.д.

Есть ли вопросы?

*Ответы на вопросы*

Начнем работу с полученными результатами от пациентов.

1. РАБОТА СО СПИСКОМ ПРОБЛЕМ, ОПРЕДЕЛЕННЫМ НАСЕЛЕНИЕМ, УТОЧНЕНИЕ, ДОПОЛНЕНИЕ, АНАЛИЗ.

*Раздать карточки, составленные по итогам выполнения первого задания пациентами.*

Ваша задача проанализировать списки проблемы, предложенные пациентами, уточнить формулировки, возможно, дополнить. Посмотреть глазами профессионалов, добавить комментарии.

*Дать возможность высказаться всем участникам.*

*Участники презентуют результаты обсуждения в малых группах, дают комментарии. Поинтересоваться настроением участников, атмосферой в группах.*

*Сравнить итоги работы по второму заданию с материалами, полученными до обеда, от пациентов. Комментарии. Замечания.*

1. АНАЛИЗПУТЕЙ РЕШЕНИЯ ВЫБРАННЫХ ПРОБЛЕМ.

Сейчас необходимо поработать над предложениями пациентов по решению высказанных проблем, скорректировать их, дать комментарии, предложить варианты решения самых актуальных, острых проблем.

*Предложить* *инструмент работы – таблицу, начертить ее на флип-чарте.*

1. ПРЕЗЕНТАЦИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.

*Сравнить итоги работы по второму заданию с материалами, полученными до от пациентов. Комментарии. Замечания.*

1. ЗАВЕРШЕНИЕ РАБОТЫ. Определение плана дальнейшей работы. Обратная связь. Оценка эмоционального настроя. Завершение работы фокус-группы.

Поблагодарить участников фокус-группы. Определить следующие этапы работы. Рассказать, куда будут переданы материалы, как будет выстраиваться система работы с жалобами. Предложить высказаться по кругу всем желающим (установить регламент). Поаплодировать результатам работы.

1. Работа фасилитаторов. Обобщение материалов. Уточнение инструментов работы с фокус-группами. Анализ. Подготовка итогового документа.

**Форма 4**

**Инструкция по проведению фокус-групп в онлайн режиме**

Фокус-группы в сети Интернет ряд исследователей предлагают называть «онлайн дискуссией», а не фокус-группой, появляются фокус-чаты, однако это не меняет сути метода. Организация фокус-группы онлайн начинается с создания программы исследования. Здесь существенных отличий от классического метода нет. Программа исследования разрабатывается в соответствии с целями и задачами работы. Однако, при подготовке фокус-группы онлайн есть некоторые особенности.

**Выбор поля для исследования.** Здесь необходимо выбрать где именно будет проходить фокус-группа. Это может быть конференция в программе Skype или Zoom, а также это может быть форум на сайте организации, проводящей исследование и т.д.

**Организация пространства исследования**. В зависимости от поля исследования необходимо подготовить мультимедийное сопровождение (если оно необходимо): это различные видеофайлы, аудио или фото, которые можно сохранить на сайте-файлообменнике и потом по ходу проведения давать ссылки участникам для просмотра. На форуме сопроводительные материалы можно включать в ходе беседы.

**Время проведения фокус-группы.** В зависимости от места нахождения участников, необходимо обговорить удобное для них время.

## **Что нужно для качественной трансляции.** Одно из главных условий — хороший звук. Убедитесь, что участникам ФГ будет хорошо вас слышно, советуем использовать гарнитуру, то есть самые обычные наушники и микрофон, например, от телефона.

Выберите удобное место для трансляции. Желательно, чтобы на фоне не было бытовых подробностей, а близкие вам не мешали.

Позаботьтесь об освещении — это важно, чтобы участники хорошо видели все детали. Лучшим вариантом будет дневной свет.

**Запись данных фокус-группы.** Сохранение информации, полученной в процессе исследования, тоже зависит от того, где оно проводилось. Если это видеоконференция, то необходимо настроить программу так, чтобы потом можно было просмотреть всю дискуссию. При проведении фокус-группы в формате чата или форума переписка автоматически сохраняется.

**Качество результатов онлайн фокус-групп** во многом зависит от компетенции модератора. Модератор онлайн фокус-групп должен обладать не только знаниями и навыками, необходимыми при проведении офф-лайн групп, но и уметь работать на компьютере и иметь собственный опыт ведения дневников в интернете, участия в форумах и т.п.

**Платформы и программные средства для проведения видео-конференций**

**Skype** является, пожалуй, самым известным приложением IP-телефонии. Он доступен по настольным (компьютер) и мобильным (телефон) платформам, что делает его удобным для проведения онлайн-фокус-групп. Чтобы использовать эту функцию, по крайней мере, один человек на вызов потребует Skype Premium, или групповой видео подписки. Как и для большинства приложений из его рода, пользователю потребуется веб-камера, широкополосный доступ в Интернет и система ввода / вывода звука. Skype широко используется многими людьми, что позволит сэкономить часть времени для онлайновой дискуссии в фокус-группах. Кроме того, Skype прост в использовании и не требует сложных настроек.

В групповом видеочате могут одновременно общаться до 50 человек. С помощью групповой демонстрации экрана можно показывать всем участникам слайды PowerPoint, видеозаписи и многое другое.

**Дополнительные функции**

Возможен *полноэкранный режим.*

*Приглашение в чат.* Отправьте приглашение любому человеку, даже если он не пользуется Скайпом. Он сможет присоединиться к вашему разговору с помощью уникальной ссылки.

*Мгновенные сообщения, автоматические субтитры.*

*Размытие фона.* С новой возможностью в приложении Скайп вы сможете общаться со своим собеседником и не отвлекаться на то, что происходит сзади него.

*Демонстрация экрана.* Каждый участник может делиться презентациями, фотографиями и любыми другими материалами на экране во время разговора с помощью интегрированной возможности демонстрации экрана.

Основное назначение **Zoom** — проведение видеоконференций, причём приложение обеспечивает поддержку видеопотока в HD качестве и одновременное подключение к беседе до ста участников. Также пользователи любят эту программу за возможность совместного использования экрана и создания чатов, где можно не только прикреплять различные вложения, но и работать с такими популярными облачными сервисами, как Google Disc и Dropbox. Кроме того, приложение позволяет открывать доступ к экрану мобильного устройства (функция расшаривания). Имеется также функция «поднятия руки» во время беседы для того, чтобы задать вопрос.

## **Функции, которые помогут во время трансляции**

*Чат*. В Zoom есть свой мессенджер, где участники могут общаться в групповой переписке. Все сообщения можно сохранить. Для этого в нижней панели нажмите «Чат» → «Еще» → «Сохранить чат». Вся переписка сохранится на компьютере в текстовом документе в формате txt.

*Демонстрация экрана*. Каждый участник может транслировать не только видео с веб-камеры, но и свой рабочий стол или экран мобильного устройства. С помощью этой функции вы сможете показать ученикам презентацию или полезные материалы, а они в ответ покажут свои действия. Это помогает не «засорять» чат лишними файлами и ссылками.

*Онлайн-доски*. С этой настройкой вы сможете писать заметки по ходу трансляции, рисовать и показывать формулы — это очень похоже на школьную доску. Опция работает в обе стороны: например, вы можете попросить участников писать ответы на своей электронной доске.

*Сессионные комнаты*. Вы можете разделить участников на группы и распределить их в отдельные «комнаты» — это такие мини-конференции, где они будут общаться только друг с другом.

Таким образом, рекомендуемые для организации и проведения заседаний фокус-группы программные средства и сервисы ***с функцией видеозаписи процедуры*** (бесплатный тариф) представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Технические характеристики программных средств и сервисов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование программного средства/сервиса | Количество участников | Ограничение по времени группового подключения | Возможность выбора отображаемых участников |
| 1 | Skype | от 3 до 50 чел | 10 ч. в день (4 ч. на один сеанс) | имеется |
| 2 | Zoom | до 100 чел | 40 мин групповая конференция | имеется |

В соответствии с контингентом участников, модератор выбирает программное средство/сервис для проведения заседаний фокус-группы. Все видеозаписи заседаний фокус-группы необходимо сохранить и выслать координаторам регионов вместе с отчетами*.*

**РАБОТА ГРУППЫ**

**Проверка готовности.** Модератор должен заранее выслать всем участникам группы необходимую информацию для подключения к онлайн заседанию фокус-группы (платформа, время и продолжительность проведения). За день до проведения фокус-группы, необходимо протестировать возможность подключения к видеоконференции, общие настройки и организацию записи заседания.

Рекомендуется опредилить роль «Со-организатора» для присутствующих на заседании помощников модератора. Это необходимо на случай возникновения неожиданных технических неполадок, проблем с подключением к сети (Интернет).

**Встреча участников.** За час до начала онлайн-заседания фокус-группы высылаются данные для подключения (идентификатор, ссылка). Организация встречи выполняет несколько функций: фильтрация участников, начало создания дружественной атмосферы для обсуждения и контроль численности участников.

Начальная беседа осуществляется в дружественной атмосфере до момента начала заседания. В основном эта беседа длится 5-10 минут, а затем организаторы ФГ предлагают перейти к обсуждению.

Участники фокус-группы должны быть информированы о том, что ведется запись встречи.

Все участники должны подключаться с включенным видео и звуком, указав свои данные (фамилия, имя).

Необходимо строго соблюдать регламент проведения заседания (в целях исключения автоматического завершения видеотрансляции).

**Литература:**

1. Насретдинова М.М. Особенности организации фокус-групп онлайн // Психология, социология и педагогика. - 2015. - № 7. URL: [http://psychology.snauka.ru/2015/07/5604](about:blank)
2. Лебедев П.А. Онлайновые фокус-группы. Возможности, ограничения и особенности процедуры. – М.: Проспект, 2015. URL: [https://books.google.kz/books?id=oVZ3CgAAQBAJ&dq=%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5+%D1%84%D0%BE%D0%BA%D1%83%D1%81+%D0%B3%D1%80%D1%83%D0%BF%D0%BF%D1%8B+%D0%B2+%D1%81%D0%BA%D0%B0%D0%B9%D0%BF%D0%B5&hl=ru&source=gbs\_navlinks\_s](about:blank)

**Форма 5**

**Инструкция по проведению фокус групп в мессенджерах What’s App или Telegram**

При возникновении сложностей при проведении онлайн обсуждений в формате конференций, предлагается переводить ФГ в групповые чаты в мессенджерах What’s App или Telegram (что особенно актуально для стационаров).

Модерирование дискуссий в сетях и мессенджерах осуществляется в двух плоскостях:

1. содержательной, то есть контроль следования гайду, модератор следует гайду в той мере, в какой это необходимо для получения требуемой информации;
2. коммуникативной, контроль над «климатом» в группе, поддержание оптимального темпа обсуждения, модератор имеет меньший набор средств прямого контроля над дискуссией; так как невербальные символы (отстранение от лидера дискуссии, улыбки или кивки в знак согласия с участником) в данном режиме невозможны.

Таким образом, обсуждение в данном формате будет значительно отличаться от дискуссий, организованных на платформах Zoom или Skype. Поэтому рекомендуем опираться на следующие положения:

* При наборе участников ФГ необходимо удостовериться, что все они имеют доступ к указанным мессенджерам и обладают достаточными навыками и возможностями для общения в них.
* Важными остаются принципы добровольного участия и конфиденциальности, участников необходимо информировать о целях дискуссии, гарантировать их безопасность.
* Необходимо убедить респондентов, что именно их личная позиция и личный опыт интересны и ценны, что именно их индивидуальный взгляд на проблему будет наиболее полезен.
* Рекомендуется не формировать большие группы, а ограничиться для начала 6 участниками на одну ФГ.
* Следующим этапом подготовки к фокус-группе в What’s App или Telegram будет создание специальной группы / группового чата с названием, например, «Фокус-группа» или же можно в качестве названия указать тему обсуждения.
* Обсуждение начинается с предварительно продуманного и корректно сформулированного обращения модератора к аудитории. Рекомендуется использовать простые, нейтральные формулировки, дающие ясное понимание запроса модератора. На этом этапе необходимо указать цель проведения фокус группы и основные вопросы, которые будут обсуждаться участниками.
* Обязательно личное представление модератора, определение целей, временных границ, правил поведения в чате (отвечать на все вопросы, не комментировать высказывания других людей, высказываться на понятном языке без сленга…) и т.д. Респондентов также призывают быть искренними и честными, уважительными по отношению друг к другу.
* Важно определить время работы группы: будет ли это обсуждение, ограниченное 1,5 часами, или же группа может работать в течение дня-двух. Если группа работает в течение более длительного времени, то ее участники должны взять на себя обязательства ответить на все поставленные модератором вопросы в указанный период времени.
* Модератор, в свою очередь, должен быть готов к тому, что время, затрачиваемое на ФГ, значительно увеличится в любом случае: запись сообщения с вопросом, ожидание ответов участников, возможное персональное обращение к каждому из них, которое также будет записываться, неизбежные уточнения по ходу коммуникации и пр. То есть речь идет о возможности осуществлять непрерывную модерацию обсуждения.
* Количество вопросов, задаваемых в течение фокус-группы, зависит от сложности исследуемых тем, внимания респондентов и уровня их вовлеченности в изучаемый предмет. Мы рекомендуем ограничить количество вопросов, которое может быть обсуждено в чате мессенджера (поскольку во время дискуссии будут задаваться дополнительные вопросы для прояснения запланированных ранее или развития спонтанно возникшей новой темы).
* Лучше строить коммуникацию в виде диалога: вопрос модератора – ответы участников группы. В этом случае легче контролировать процесс последовательного получения высказываний от всех участников чата, а респонденты не запутаются в вопросах.
* Высказывания участников могут иметь характер письменных или аудио сообщений. Это обстоятельство необходимо учитывать и заранее решить, какими сообщениями модератор и группа будут обмениваться в ходе обсуждения.
* На основании предыдущего пункта важно решить для себя, каким образом далее будет составляться протокол ФГ: будут ли копироваться письменные высказывания участников или же это будет классический перевод устных сообщений в письменную форму, или и то, и другое вместе. Поэтому имеет смысл загрузить What’s App или Telegram на персональный компьютер, что значительно облегчит последующую работу по документированию ФГ.
* В качестве подтверждающих документов будут прилагаться скрины (фотографии) данных ФГ, обсуждений, а также загрузки аудио сообщений, можно попросить участников ФГ сделать фотографии в момент обсуждения.

Для модератора ФГ необходимо 1) знать специфику и особенности сервиса, в котором будет происходить фокус-групповое исследование, и уметь эффективно использовать его ресурсы; 2) грамотно и быстро публиковать сообщения в группе; 3) создать в группе непринужденную атмосферу; 4) знать специфику выражения эмоций через знаки и символы; 5) обеспечить каждому члену группы возможность высказаться и тем самым внести свой вклад в дискуссию; 6) обеспечить обсуждение всех намеченных вопросов, следить за тем, чтобы беседа не отклонялась далеко от гайда; 7) обладать терпением, так как навыки участников ФГ по коммуникации в чатах будут находиться на разном уровне.

**Форма 6**

**КРАТКИЙ ОТЧЕТ**

ФГН/П №\_\_\_

по результатам фокус-группы из представителей населения/пациентов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование региона и медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата заседания)

**Координатор МО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/***указать ФИО*

**Город, месяц и год исполнения**

**Протокол заседания фокус-группы**

**из представителей населения/пациентов,**

**Место проведения**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*указать наименование медицинской организации и полный адрес ее нахождения*)

**Дата проведения**: дд/мм/гггг с \_\_\_\_:\_\_ часов до \_\_\_\_:\_\_ часов

**Целевая аудитория**:

\**указать* участников фокус-группы: *категории населения по полу и возрасту и их характерные особенности.*

**Цель исследования**:

**Задачи исследования**:

*\*указать основные проблемы, требующие обсуждения и решения*

**Состав участников**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Имя** | **Характеристика участника** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* *не более 15 человек*

Явочный лист присутствующих участников фокус – группы с подписями прилагается.

**Модератор (-ы) группы***:*

*\*указать полное ФИО и его должность по основному месту работы и его роль в проекте*

*Модератором выступает координатор МО либо региональный координатор /эксперт от Ассоциации.*

***Вопрос*** *№\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?»*

*Ответы участников фокус-группы:*

**Рекомендации и предложения:**

*\*обобщить все рекомендации и предложения от населения / пациентов в единый Перечень основных проблем, влияющих на снижение качества медицинских услуг и удовлетворенности населения / пациентов, для включения в план мероприятий по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг, который в последующем будет представлен на рассмотрение фокус-группы из числа специалистов.*

К протоколу прилагаются:

Приложение 1 - Явочный лист участников фокус-группы;

Приложение 2 - Фото отчет заседания фокус-группы;

Приложение 3 - Предложения и рекомендации по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг от участников фокус-группы;

Приложение 4 – Аудиозапись;

Приложение 5 – Видеозапись.

**Модератор группы** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

Приложение 1

к Протоколу заседания фокус-группы

из представителей населения/пациентов

ФГН/П № \_\_\_\_\_

от \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.

Форма

**ЯВОЧНЫЙ ЛИСТ**

**участников фокус-группы из представителей населения/пациентов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Имя участника | Контакты участника | Подпись |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Приложение 2

к Протоколу заседания фокус-группы

из представителей населения/пациентов

ФГН/П № \_\_\_\_\_

от \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.

Форма

**Фото отчет заседания фокус-группы**

**из представителей населения/пациентов**

вставка фотографии

*изложить краткое содержание к фотографии*

*Примечание: к фотоотчету прилагаются не менее 5 фотографий, из которых в обязательном порядке должны быть отражены ход проведения заседания, участие в в обсуждении и выступление участников фокус-группы, а также общее фото всех участников фокус- группы, модератора и наблюдателей (в случае их присутствия)*

Приложение 3

к Протоколу заседания фокус-группы

из представителей населения/пациентов

ФГН/П № \_\_\_\_\_

от \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.

Форма

**Предложения и рекомендации**

**по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг**

**в рамках проектного внедрения механизма общественного мониторинга и обратной связи с населением**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Суть проблемы | Предлагаемое решение проблемы | Ожидаемый результат, срок исполнения | Специалист/уполномоченное лицо или орган, от которых по мнению населения/пациентов зависит решение проблемы |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Примечание:

*Для решения одной проблемы могут быть предложено несколько решений*

**Форма 7**

**КРАТКИЙ ОТЧЕТ**

ФГСП №\_\_\_

по результатам фокус-группы из представителей специалистов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование региона и медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата заседания)

**Координатор МО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/***указать ФИО*

**Город, месяц и год исполнения**

**Протокол заседания фокус-группы**

**из представителей специалистов,**

**Место проведения**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*указать наименование медицинской организации и полный адрес ее нахождения*)

**Дата проведения**: дд/мм/гггг с \_\_\_\_:\_\_ часов до \_\_\_\_:\_\_ часов

**Целевая аудитория**:

\**указать* участников фокус-группы: *категории населения по полу и возрасту и их характерные особенности.*

**Цель исследования**:

**Задачи исследования**:

*\*указать основные проблемы, требующие обсуждения и решения*

**Состав участников**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **ФИО участника** | **Должность участника и место основной работы** |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* *не более 15 человек*

Явочный лист присутствующих участников фокус – группы с подписями прилагается.

**Модератор (-ы) группы***:*

*\*указать полное ФИО и его должность по основному месту работы и его роль в проекте*

***Вопрос*** *№\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?»*

*\*из перечня основных проблем, влияющих на снижение качества медицинских услуг и удовлетворенности населения / пациентов*

***Ответы******участников фокус-группы:***

**Рекомендации и предложения:**

*\*обобщить по итогам обсуждения вынесенных проблем от участников фокус – группы из представителей населения, которые влияют на снижение качества медицинских услуг и удовлетворенности населения / пациентов.*

*По итогам обсуждения составить План мероприятий по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг, который в последующем будет представлен в Комитет общественного доверия к здравоохранению*

К протоколу прилагаются:

Приложение 1 - Явочный лист участников фокус-группы;

Приложение 2 - Фото отчет заседания фокус-группы;

Приложение 3 - План мероприятий по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг;

Приложение 4 – Аудиозапись;

Приложение 5 – Видеозапись.

**Модератор группы** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

Приложение 1

к Протоколу заседания фокус-группы

из числа специалистов

ФГСП № \_\_\_\_\_

от \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.

Форма

**ЯВОЧНЫЙ ЛИСТ**

**участников фокус-группы из числа специалистов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Имя участника | Контакты участника | Подпись |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Приложение 2

к Протоколу заседания фокус-группы

из числа специалистов

ФГСП № \_\_\_\_\_

от \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.

Форма

**Фото отчет заседания фокус-группы из числа специалистов**

вставка фотографии

*изложить краткое содержание к фотографии*

*Примечание: к фотоотчету прилагаются не менее 5 фотографий, из которых в обязательном порядке должны быть отражены ход проведения заседания, участие в в обсуждении и выступление участников фокус-группы, а также общее фото всех участников фокус- группы, модератора и наблюдателей (в случае их присутствия)*

Приложение 3

к Протоколу заседания фокус-группы

из числа специалистов

ФГСП № \_\_\_\_\_

от \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.

Форма

**План мероприятий**

**по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг**

**в рамках Задания по внедрению механизма общественного мониторинга и обратной связи с населением**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Суть проблемы | Предлагаемое согласованное решение проблемы | Ожидаемый результат | Срок исполнения | Форма завершения | Ответственный исполнитель |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

Примечание:

*Данный согласованный план мероприятий выносится на рассмотрение Комитета общественного доверия к здравоохранению для оказания поддержки в его реализации и мониторинга за его исполнением.*

Приложение

к плану мероприятий

**Сравнительная таблица**

**по согласованию рекомендаций и предложений для включения**

**в ПЛАН мероприятий по совершенствованию качества и сервиса оказываемых медицинских услуг между фокус-группами из представителей населения / пациентов и специалистами**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Предложение фокус – группы из представителей населения / пациентов | | | Согласованное решение представителей участников фокус групп населения и специалистов | | | Обоснование |
| Суть проблемы | Предлагаемое решение проблемы | Ожидаемый результат, срок исполнения | Предлагаемое решение проблемы | Ожидаемый результат, срок исполнения | Ответственный исполнитель |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |

Примечание:

1. *Для решения одной проблемы могут быть предложено несколько решений*
2. *В обосновании необходимо указать в какой степени предложенные проблемы и их решения приняты специалистами и получено согласование от населения /пациентов, которые являются участниками фокус-группы. Предлагаются варианты согласованности решения:*
3. *полностью;*
4. *частично – при этом указать в какой части с предложенным решением принято согласие в какой части нет и почему;*
5. *не принято – обосновать причину непринятия предложения по решению проблемы.*

**Форма 8**

**Детализированный отчет №\_\_**

**по результатам фокус-группы из представителей (населения/пациентов/специалистов** *– указать необходимое***)**

**«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

**Основание:** Краткий отчет №\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_дд/мм/гггг

**Введение:**

**Цель исследования**:

**Задачи исследования**:

*\*указать основные проблемы, требующие обсуждения и решения*

**Общие сведения:**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата проведения фокус группы |  |
| Место проведения:  *указать регион и наименование медицинской организации* |  |
| Имя и контакты регионального координатора |  |
| Имя и контакты координатора МО |  |

**Сведения о составе фокус-группы:**

|  |  |
| --- | --- |
| Количество женщин |  |
| Количество мужчин |  |
| Приблизительный возрастной диапазон участников фокус-группы |  |
| Другие особенности участников фокус-группы |  |

**Краткое описание полученной информации:** *Перечислить все обозначенные проблемы, ход обсуждения. Описание изучаемых общностей, мнений и установок. Приводятся цитаты участников, их мнения.*

**Результаты и основные выводы:**

**Рекомендации и предложения:**

*Детализированный отчет подготовлен:*

**Координатор** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

**Приложение 5 – Руководство по организации и проведению социологических опросов**

**Организация и проведение социологических опросов**

**Метод сбора данных**

Опрос – это социологический метод получения информации, при которых респондентах в письменной или устной форме задают специально подобранные вопросы и просят ответить на них[[21]](#footnote-21). С помощью опроса получают информацию о потребностях, интересах, мотивации, настроениях, убеждениях людей. Универсальность опроса имеет два измерения: тематическую широту и широту охвата социальных слоев населения.

Опрос предусматривает, во-первых, устное или письменное обращение исследователей к определенной совокупности людей с вопросами, содержание которых представляет изучаемую проблему на уровне эмпирических индикаторов. Во-вторых, регистрацию и статистическую обработку полученных ответов, а также их теоретическую интерпретацию.

Цель опроса состоит в том, чтобы правильно измерить мнения, установки и поведение людей, задавая им вопросы. Результативность опроса в значительной степени зависит именно от качества вопросов. В рамках внедрения МИОМОС цельюсоциологического опросаявляется вовлечение населения, пациентов и персонала МО в обсуждение и решение проблем предоставления медицинской помощи/медицинских услуг в МО, получение достоверной социологической информации по существенным аспектам деятельности медицинской организации. Также проведение опросов необходимо для мониторинга изменений в медицинских организациях, в том числе с целью коррекции и обсуждения результатов на уровне руководства МО.

Сбор информации может осуществляться посредством стандартизированного опроса методом «Face-to-Face». В случаях недоступности респондентов для проведения опроса, в связи с карантинными мероприятиями, можно проводить опросы онлайн.

**Целевые группы. Аудитория опросов**

В рамках пилотного внедрения МИОМОС опрашивались три категории респондентов: население старше 18 лет, относящееся к территории, обслуживаемой МО; непосредственные пациенты медицинской организации и ее персонал. Для каждой группы респондентов были разработаны отдельные анкеты и осуществлялся расчет выборки.

**Методический инструментарий: анкета, инструкции**

Инструментом сбора данных в опросах выступает анкета. Структура анкеты составляется в соответствии с требованием Задания и содержит вопросы, сгруппированные по блокам актуальных проблем по предоставлению медицинских услуг населению. Анкета разрабатывается на государственном и русском языках.

Анкета начинается с обращения к участнику опроса, в котором кратко изложена цель исследования и приглашение принять участие в нем. В реквизитной части идентифицируется сам вопросник, его название, указываются дата и время проведения опроса, фамилия и имя интервьюера.

Информативная (основная) часть анкеты состоит из 10-20 содержательных вопросов, которые позволяют получить необходимую информацию по исследуемой проблеме. Вопросы располагаются с нарастанием степени сложности. Социально-демографический блок располагается в конце анкеты и предназначен для статистической обработки результатов. Социально-демографический блок анкеты ранжирует респондентов по полу, возрасту, сроку прикрепления к МО, образованию и категории пациентов.

Примерные блоки вопросов анкеты, которые помогут раскрыть позицию населения/пациентов по оценке качества предоставляемой медицинской помощи могут быть следующими:

* Оценка качества предоставления медицинских услуг, в том числе по COVID-19;
* Обеспечение потребности населения в медицинских услугах;
* Организация сервиса и условий предоставления медицинских услуг в МО;
* Коммуникация и взаимодействие со специалистами МО;
* Информированность по вопросам ЗОЖ, получения медицинских услуг;
* Оценка принятых мер по борьбе с COVID-19;
* Оценка системы работы с обращениями в МО;
* Влияние реформ и инноваций в сфере здравоохранения, связанных с внедрением ОСМС и цифровизации.

Также анкета предусматривает возможность для пациентов отразить свои предложения по улучшению качества медицинских услуг, повышению сервиса и условий работы МО.

Вопросы анкеты направленные на выявление качества предоставляемой медицинской помощи с позиции персонала МО могут формироваться по следующим аспектам:

* Самооценка профессиональных компетенций и потребность в их развитии.
* Психологический климат в медицинской организации.
* Условия труда и удовлетворенность трудом.
* Оценка качества оказываемой медицинской помощи.
* Коммуникация и взаимодействие с пациентами. Вопросы информированности.
* Работа в условиях карантина по COVID-19.

Для качественного проведения социологического опроса разрабатываются инструкции по технике его проведения (кодирование анкет, отбор респондентов, процедура опроса).

**Расчет выборочной совокупности**

В опросах могут участвовать население в возрасте от 18 лет и старше, пациенты и персонал МО.

Социологический опрос населения, пациентов и персонала носит выборочный характер. Суть выборочного метода заключается в том, что по определенным правилам из общей генеральной совокупности отбирается ограниченное количество респондентов, которое призвано в качестве модели воспроизводить структуру объекта. Данная группа людей и называется выборкой. Таким образом, выборка – это совокупность элементов объекта социологического исследования, подлежащая непосредственному изучению.

Для расчета объема выборки можно воспользоваться онлайн-калькуляторами, например [https://socioline.ru/rv.php](about:blank), [https://calculatorium.ru/math/optimal-sample-size](about:blank)

**Обработка полученной информации**

Полученные эмпирические данные могут обрабатываться посредством прикладного пакета SPSS, электронных таблиц (MS Excel).

**Общий анализ результатов**

При интерпретации эмпирических данных возможно применение следующих методов анализа:

- статистическая группировка ответов респондентов по типам, что позволяет сгруппировать и выделить определенные явления, тенденции по типам и категориям;

- построение рядов корреляционных распределений для выявления зависимостей между признаками.

1. [https://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses\_of\_president/poslanie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana](about:blank) [↑](#footnote-ref-1)
2. Алма-Атинская декларация — Декларации — Декларации, конвенции, соглашения и другие правовые материалы. Accessed May 31, 2020. https://www.un.org/ru/documents/decl\_conv/declarations/almaata78.shtml [↑](#footnote-ref-2)
3. Coulter A, Ellins J. *Patient-Focused Interventions A Review of the Evidence*.; 2006. Accessed May 31, 2020. www.health.org.uk/QQUIP [↑](#footnote-ref-3)
4. Глобальная конференция по ПМСП: от Алма-Атинской декларации к всеобщему охвату услугами здравоохранения и Целям в области устойчивого развития. Астана, Казахстан, 25-26 октября 2018 г [↑](#footnote-ref-4)
5. World Health Organization. WHO COMMUNITY ENGAGEMENT FRAMEWORK FOR QUALITY, PEOPLE CENTRED AND RESILIENT HEALTH SERVICES. Published 2017. Accessed May 30, 2020. http://apps.who.int/bookorders. [↑](#footnote-ref-5)
6. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. *Health Policy Plan*. 2014;29:ii98-ii106. doi:10.1093/heapol/czu076 [↑](#footnote-ref-6)
7. *International Association for Public Participation (IAP2) Description Make It Work How to Use*. Accessed May 31, 2020. www.iap2.org/ [↑](#footnote-ref-7)
8. Howard G, Bogh C, Prüss A, et al. *Healthy Villages : A Guide for Communities and Community Health Workers* .; 2002. [↑](#footnote-ref-8)
9. World Health Organization. *Klaipeda Region, Lithuania*.; 2018. [↑](#footnote-ref-9)
10. Ministry of Social affairs and health of Finland. *Health Care in Finland*.; 2013. Accessed May 31, 2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69930/URN\_ISBN\_978-952-00-3395-8.pdf [↑](#footnote-ref-10)
11. Всемирная организация здравоохранения. *СЛУЖБЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА ОБЗОР И АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ 31 АВГУСТ 2011 BISHKEK МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ*.; 2011. Accessed May 31, 2020. http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian. [↑](#footnote-ref-11)
12. Программа Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы. Accessed May 27, 2021. http://zdrav2030.med.kg/index.php/ru/2-uncategorised/10-gosudarstvennaya-programma-razvitiya-zdravookhraneniya-2030 [↑](#footnote-ref-12)
13. Abimbola S, Molemodile SK, Okonkwo OA, Negin J, Jan S, Martiniuk AL. ‘The government cannot do it all alone’: realist analysis of the minutes of community health committee meetings in Nigeria. *Health Policy Plan*. 2016;31(3):332-345. doi:10.1093/HEAPOL [↑](#footnote-ref-13)
14. Healthwatch — NHS Networks. Accessed May 31, 2020. https://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/c-link/news/healthwatch [↑](#footnote-ref-14)
15. Supporting Information: Health and Wellbeing Board. Accessed May 31, 2020. https://www.datadictionary.nhs.uk/data\_dictionary/nhs\_business\_definitions/h/health\_and\_wellbeing\_board\_de.asp?shownav=1 [↑](#footnote-ref-15)
16. Metropolitan Hospital Community Advisory Board - Manhattan | NYC Health + Hospitals/Metropolitan. Accessed May 31, 2020. https://www.nychealthandhospitals.org/metropolitan/community-advisory-board/ [↑](#footnote-ref-16)
17. *Core Principles for Public Engagement*.; 2009. Accessed May 20, 2021. www.ncdd.org/pep/ [↑](#footnote-ref-17)
18. NHS England Complaints Policy. NHS England Customer Contact Centre.26 стр. 2017 год [↑](#footnote-ref-18)
19. Mirzoev T, Kane S. Key strategies to improve systems for managing patient complaints within health facilities - what can we learn from the existing literature?. *Glob Health Action*. 2018;11(1):1458938. doi:10.1080/16549716.2018.1458938 [↑](#footnote-ref-19)
20. [**Приказ МЗ РК №461 от 27.07.2018г**"Об утверждении основных направлений развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан на 2018-2022 годы"](http://www.rcrz.kz/files/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%97%20%D0%A0%D0%9A%20461%20%D0%BE%D1%82%2027%2007%202018%20%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%B0%20%D0%A0%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%B5%20%D0%9F%D0%9C%D0%A1%D0%9F%20%D0%BD%D0%B0%202018-2022%20%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D1%8B.pdf) [↑](#footnote-ref-20)
21. Добреньков В.И., Кравченко А.И. Фундаментальная социология: в 15 т Т3: Методика и техника исследования. – М.: ИНФРАМ-М, 2004. – С. 251 [↑](#footnote-ref-21)