

УДК 616.38-083.53

КВАЛІМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ МОНІТОРИНГУ: ДОСТУПНІСТЬ ТА РЕСУРСОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АМБУЛАТОРІЙ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Поцелуєв В. І.*

КЗОЗ «Сумська центральна районна клінічна лікарня», вул. Марко Вовчок, 2, 40007, Суми, Україна
(отримана 20.03.2012, опублікована 15.04.2013)

На основі десятирічного моніторингу 123 закладів загальної практики – сімейної медицини, розташованих у сільській місцевості, виявлено, що підвищення якості допомоги відбувалося за рахунок: укомплектування діагностичним обладнанням, достовірного збільшення кількості та потужності денних стаціонарів, покращення географічно-територіальної доступності та унормування загальної кількості населення дільниць. Отримані дані, щодо динамічних змін, що характеризують територіально-географічну доступність та ресурсозабезпечення амбулаторій сімейного лікаря, а також використання нової методики кваліметричного їх аналізу можна застосовувати в аналогічних дослідженнях та в практиці моніторингу якості в системі охорони здоров'я та оцінки ефективності управлінських рішень.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, якість, доступність, амбулаторія сімейного лікаря.

*sumskajacrb@rambler.ru

Вступ.

Незадовільно низький рівень якості медичної допомоги населенню, особливо такої, що надається сільськими закладами охорони здоров'я, вимагає комплексного вивчення причин на різних рівнях, а також розробки концептуальної моделі керування процесом підвищення якості та ефективності [1, 4, 11]. Реалізація міжнародної стратегії реформування системи охорони здоров'я, орієнтованої на пріоритетний розвиток первинної ланки на засадах практики / сімейної медицини (ЗПСМ), що є також одним з основних напрямків вітчизняної галузевої політики, передбачає пошук організаційних дефектів системи медичного обслуговування та обґрунтування шляхів їх елімінації або корекції. В умовах значного дефіциту ресурсів, який сьогодні склався в охороні здоров'я в Україні, в тому числі людських, важливе місце посідає їх раціональне використання [6, 7, 10]. Оцінка ефективності діяльності будь-якої системи, і зокрема її якісного компоненту, є ключовим елементом процесу управління нею, що особливо актуально для охорони здоров'я сьогодні, на тлі активних процесів реформування [2, 3, 13]. Одним із базових методів такої оцінки є соціометричний. Незважаючи на відомий рівень суб'єктивізму (який нівелюється розрахунками валідності), соціологічні дослідження здатні адекватно відобразити якісну компоненту медичного обслуговування, враховуючи задоволеність пацієнтів на етапах лікувально-діагностичного процесу виконання виробничих функцій лікарями, середнім медичним персоналом, доглядом, змістом й іншими аспектами надання допомоги в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), що визначається безпосереднім контактом пацієнта із системою організації медичної допомоги [5,

8, 11]. Моніторинг факторів доступності та ресурсного забезпечення сільських закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) – амбулаторій сімейного лікаря (АСЛ) є пріоритетним та вивченим недостатньо [1, 3, 10].

Мета дослідження полягала у вивченні змін доступності та ресурсного забезпечення діяльності амбулаторій сімейного лікаря, що надають первинну медико-санітарну допомогу сільському населенню.

Матеріали та методи дослідження.

У дослідження залучені 123 заклади ЗПСМ, які надають первинну медико-санітарну допомогу сільському населенню – амбулаторії сімейного лікаря (до I-ї групи закладів віднесені АСЛ, що створені на базі фельдшерсько - акушерських пунктів ($n_1=41$), заклади II-ї групи ($n_2=50$) створено шляхом реорганізації лікарських амбулаторій, заклади ЗПСМ III-ї групи ($n_3=32$) – шляхом реорганізації амбулаторій сільських дільничних лікарень або відділення сімейної медицини, що організовано в складі центральних районних лікарень. Вивчення факторів доступності та ресурсного забезпечення виконано в динаміці реформування ПМСД області - на етапах моніторингу (I етап – 2002 р.; II – етап 2007 р.; III – етап 2012 р.) зазначених АСЛ та за спеціальною програмою, що відповідає затвердженим МОЗ України методичним рекомендаціям [13]. Соціометричне вивчення якості ПМСД виконано шляхом анкетного опитування сільського населення у 18 районах області за спеціальною програмою, що відповідає затвердженим МОЗ України методичним рекомендаціям [3]. Виходячи із задач дослідження, а саме – визначення впливу факторів доступності та ресурсного забезпечення АСЛ, нами із застосуванням методу

інформаційно-ентропійного аналізу, розраховано відповідні кваліметричні показники по достовірно ($p \leq 0,05$) значимим факторам, із тих що аналізувались. При цьому, показники I-го етапу моніторингу обрані у якості стандартизуючих, як такі, що характеризують первісний (до реорганізації) рівень. По кожному із достовірно значимих факторів розраховано факторний індекс якості (ФІЯ) та його інформативність (в бітах) [9, 12]. При статистичній обробці первинних матеріалів використано методи варіаційного аналізу з розрахунком середніх значень (P) та їх середньої похибки (m); рівень достовірності – з використанням двостороннього критерія Ст'юдента, при не менше $p \leq 0,05$.

Результати та їх обговорення.

Аналіз географічно-територіальної доступності закладів ЗПСМ першої групи ($n_1=41$) виявив, що впродовж 2002-2012 років достовірно ($p \leq 0,05$) з $(73,2 \pm 6,9)\%$ до $(41,5 \pm 7,7)\%$ зменшилась частка закладів, що знаходяться у межах доступності понад 10 км та, водночас збільшилась доступність ($p \leq 0,05$) таких закладів у межах 5-10 км: з $(24,4 \pm 6,7)\%$ до $(46,3 \pm 7,8)\%$, а також визначилась тенденція до зростання питомої ваги до $(12,2 \pm 5,1)\%$ закладів з пішохідною доступністю. В другій ($n_2=50$) та третій ($n_3=32$) групах закладів ЗПСМ не відбулось суттєвих змін за показником їх територіально-географічної доступності (рис.3.1); при цьому, зазначимо, що питома вага закладів ЗПСМ з доступністю у межах до 10 км становить $(50,0 \pm 7,1)\%$ та $(47,9 \pm 8,8)\%$ відповідно.

У цілому, по 123 закладах ЗПСМ, достовірно ($p \leq 0,05$) зменшилась частка закладів з доступністю до 10 км (відповідно з $(60,7 \pm 4,4)\%$ до $(48,0 \pm 4,5)\%$) та відбулося зростання питомої ваги закладів з географічно-територіальною доступністю меншою за 10 км (відповідно з $(39,3 \pm 4,4)\%$ до $(52,0 \pm 4,5)\%$). Отже, достовірне зростання географічно-територіальної доступності закладів ЗПСМ відбулося за рахунок наближення медичної допомоги, переважно в закладах, що створені на базі сільських лікарських амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів. Важливим показником доступності ПМСД в закладах ЗПСМ є кількість населення, якому надається допомога сімейним лікарем; в процесі моніторингу 123 закладів з'ясовано, що значимих змін на етапах моніторингу не відбулося та визначена тенденція ($p \geq 0,05$) до зменшення питомої ваги (з $(22,8 \pm 3,8)\%$ у 2002 р. до $(18,7 \pm 3,5)\%$ у 2012 р.) закладів ЗПСМ, які обслуговують понад 2000 осіб при одночасному збільшенні закладів ЗПСМ з прикріпленим населенням до 1000 осіб (з $(8,9 \pm 2,6)\%$ у 2002 р. до $(15,4 \pm 3,3)\%$ у 2012 р.). Насамперед, це стосується першої групи закладів ЗПСМ, серед яких $(80,5 \pm 6,2)\%$ обслуговують населення від 1000 до 2000 осіб; достовірно менша питома вага таких закладів ЗПСМ серед закладів другої та третьої груп.

Отже, серед реформованих закладів I-ї групи – стабільно більш висока ($p \leq 0,05$; у порівнянні з II та III групою закладів) частка закладів, що обслуговує 1000-2000 осіб, тоді як саме в II та III групі закладів ЗПСМ достовірно ($p \leq 0,05$) більш висока питома вага закладів

з прикріпленим населенням до 1000 осіб. Зважаючи на те, що заклади I групи були реорганізовані або сформовані на базі дільничних лікарень та фельдшерсько-акушерських пунктів, можна дійти висновку про збереження диспропорції у навантаженні лікарів АСЛ, що створені у 2002 р. на базі дільничних лікарень та фельдшерсько-акушерських пунктів.

У цілому, розподіл населення за закладами ЗПСМ можна охарактеризувати, як задовільний, а зменшення навантаження на лікарів закладів ЗПСМ (всього 21 заклад), може бути здійснено лише за умов динамічного контролю кількості прикріпленого населення: розукрупнення 6 закладів I групи та, відповідно 6 і 8 закладів II та III груп.

Аналіз розподілу закладів ЗПСМ за показником кількості дитячого населення з розрахунку на одну штатну посаду лікаря свідчить, що від $(96,9 \pm 3,1)\%$ до 100% закладів ЗПСМ обслуговують не більше 600 осіб дитячого населення і лише на двох дільницях – $(3,1 \pm 3,1)\%$ кількість дитячого населення знаходиться у межах від 600 до 1000 осіб, що відповідає сучасним вимогам та є оптимальним. Впродовж терміну моніторингу зростання доступності ПМСД у закладах ЗПСМ відбувалось і за рахунок розвитку стаціонарзамінних форм, зокрема створення денних стаціонарів безпосередньо при АСЛ. Так, якщо у 2002 р. денні стаціонари були наявні у $(39,0 \pm 4,4)\%$ із 123 закладів, то у 2012 р. – їх кількість достовірно та значимо збільшилась ($p \leq 0,05$) – до 98 стаціонарів у $(79,7 \pm 3,6)\%$ закладів ЗПСМ. В першій групі АСЛ достовірно зросла кількість денних стаціонарів з $(17,1 \pm 5,9)\%$ до $(78,0 \pm 6,5)\%$ закладів, причому як з потужністю понад 10 ліжок (відповідно з $(2,4 \pm 2,4)\%$ до $(34,1 \pm 7,4)\%$ закладів; $p \leq 0,001$), так і з потужністю 5-10 ліжок (відповідно з $(14,6 \pm 5,5)\%$ до $(43,9 \pm 7,8)\%$ закладів; $p \leq 0,01$). І лише у 9 АСЛ $(22,0 \pm 6,5\%)$ закладів денні стаціонари відсутні.

В другій групі АСЛ достовірне зростання кількості денних стаціонарів з $(54,0 \pm 7,0)\%$ до $(92,0 \pm 3,8)\%$ закладів мало місце за рахунок створення денних стаціонарів з потужністю понад 10 ліжок (відповідно з $(28,0 \pm 6,3)\%$ до $(58,0 \pm 7,0)\%$ закладів; $p \leq 0,01$), тоді як питома вага стаціонарів з потужністю 5-10 ліжок значимо не змінилась (відповідно з $(26,0 \pm 6,2)\%$ до $(34,0 \pm 6,7)\%$ закладів; $p \leq 0,01$). І лише у 4 із 50 АСЛ денні стаціонари відсутні, що достовірно менше ніж в першій групі АСЛ (відповідно $(22,0 \pm 6,5)\%$ та $(8,0 \pm 3,8)\%$ закладів).

В третій групі АСЛ достовірного зростання кількості денних стаціонарів не зареєстровано, однак мав місце їх перерозподіл: зменшення кількості стаціонарів з потужністю понад 10 ліжок (відповідно з $(25,0 \pm 7,7)\%$ до $(15,6 \pm 6,4)\%$ закладів; $p \geq 0,05$) на користь денних стаціонарів з потужністю 5-10 ліжок (відповідно з $(25,0 \pm 7,7)\%$ до $(46,9 \pm 8,8)\%$ закладів; $p \leq 0,05$).

Моніторинг розвитку денних стаціонарів при 123 АСЛ виявив, що достовірно ($p \leq 0,05$) зросла питома вага стаціонарів з потужністю понад 10 ліжок (з $(18,7 \pm 3,5)\%$ у 2002 р. до $(39,0 \pm 4,4)\%$ у 2012 р. та питома вага стаціонарів з потужністю понад 5-10 ліжок (з $(20,3 \pm 3,6)\%$ у 2002 р. до $(40,7 \pm 4,4)\%$ у 2012 р.; при цьому практично втричі (з $(61,0 \pm 4,4)\%$ до

(20,3±3,6)% закладів; $p \leq 0,05$) зменшилась кількість АСЛ, які не мають денних стаціонарів.

В процесі моніторингу нами вивчено забезпеченість АСЛ діагностичним обладнанням, зокрема засобами функціональної діагностики, глюкометрами, засобами для виконання клініко-лабораторних досліджень крові та сечі, а також для діагностики гостроти і сприйняття кольорів. Перелічені засоби дозволяють підвищувати рівень діагностичного процесу, насамперед стосовно цереброваскулярної патології і цукрового діабету II типу.

В першій групі закладів за період моніторингу досягнуто достовірного зростання забезпеченості (і, відповідно, можливостей) функціональної діагностики електрофізіологічного стану міокарду за рахунок проведення ЕКГ. Так, якщо у 2002 р. обладнання для ЕКГ досліджень було у (53,7±7,8)% закладах, то в 2012 р. – у (90,2±4,6)% закладах ($p \leq 0,05$). Також, достовірно зросла забезпеченість цих закладів як мінімальним лабораторним обладнанням для проведення клініко-лабораторних досліджень (з (56,1±7,8)% до (78,0±6,5)% закладів, $p \leq 0,05$), так і засобами для виявлення підвищеного вмісту цукру в сечі та крові (з (56,1±7,8)% до (78,0±6,5)% закладів, $p \leq 0,05$). І лише 2 із 41 АСЛ (4,9±3,4)% забезпечені засобами для визначення гостроти зору. В другій та третій групах закладів ЗПСМ не виявлено достовірних змін за показниками забезпеченості обладнанням для функціональної діагностики та для проведення клініко-лабораторних досліджень і визначення гостроти зору.

В цілому, по 123 закладах ЗПСМ, досягнуто зростання рівня забезпеченості АСЛ діагностичним обладнанням: засобами функціональної діагностики (з (77,2±3,8)% до (95,1±1,9)%; $p \leq 0,05$), засобами для проведення клініко-лабораторних обстежень сільського населення (з (75,6±3,9)% до (86,2±3,1)%; $p \leq 0,05$) та глюкометрії (з (75,6±3,9)% до (86,2±3,1)%; $p \leq 0,05$) забезпечено за рахунок достовірно більшого (пріоритетного) забезпечення АСЛ цієї групи.

Забезпеченість АСЛ 1-ї групи обладнанням для проведення лікування впродовж років моніторингу знаходилась практично на одному рівні: найбільша забезпеченість – фізіотерапевтичною технікою (у межах (56,1±7,8) % у 2002 р. до (65,9±7,4) % у 2012 р.), лише третина АСЛ забезпечена інструментарієм для малих хірургічних втручань та виконання ЛОР-процедур, незадовільно низьким був рівень забезпеченості засобами для визначення гостроти зору. Слід зазначити, заклади ЗПСМ першої групи достовірно ($p \leq 0,05$) менш забезпечені ніж АСЛ другої та третьої груп, як фізіотерапевтичною технікою (відповідно (65,9±7,4)% та (84,0±5,2)% і (96,9±3,1)% закладів), так і інструментарієм для надання офтальмологічної допомоги (відповідно (4,9±4,9)% та (10,0±4,2)% і (18,8±6,9)% закладів).

В цілому, по всім групам закладів зареєстровано зростання забезпеченості інструментарієм для виконання малих хірургічних втручань (у 2002 р. – (19,5±3,6)%, у 2012 р. – (30,1±4,0)% закладів, $p \leq 0,05$), однак за усіма іншими

показниками, що аналізувалися, забезпеченість була низькою та не відповідала нормативним потребам щодо АСЛ. Біль виразно це проявлялося серед закладів ЗПСМ першої групи.

Соціометрична оцінка доступності та ресурсного забезпечення закладів ЗПСМ сільської місцевості виконана шляхом етапного соціологічного дослідження мешканців, які обслуговуються АСЛ. При виконанні роботи використано опрацьовані нами та затверджені МОЗ України методичні рекомендації «Соціометрична оцінка якості первинної медико-санітарної допомоги».

За результатами аналізу отриманих на різних етапах моніторингу соціометричних даних, з'ясовано що рівень задоволеності населення доступністю медичної допомоги достовірно ($p \leq 0,05$) зростав та, за цей період, збільшився фактично на 10,1%. Однак, задоволеність пацієнтів матеріально-технічними умовами роботи АСЛ залишалась на однаковому рівні (у межах від (57,1±2,0)% до (62,1±1,9)%). Слід зазначити, що за даними соціологічного дослідження питома вага пацієнтів, які розпочали та закінчили лікування у АСЛ (рівень первинного контакту) достовірно зросла (з (70,1±1,8)% у 2002 р. до (80,1±1,5)% - у 2012 р. При цьому, на думку респондентів, задовільний рівень професіоналізму (компетентності) лікарів коливався від (73,4±1,8)% респондентів у 2002 р. до (78,2±1,6)% - у 2012 р. Окремо зазначаємо, що за період моніторингу зросла і частка пацієнтів, які задоволені термінами очікування при зверненні за медичною допомогою (з (61,5±2,0)% у 2002 р. до (70,2±1,7)% - у 2012 р.) Як показав соціометричний аналіз, висока позитивна оцінка реформування ПМСД сільським населенням у 2002 р. – (75,2±1,7)% пацієнтів, достовірно була меншою у 2007 р. – (66,5±1,8)% пацієнтів та у 2012 р. – (64,7±1,8)% пацієнтів.

Задоволеність рівнем фізичної доступності медичної допомоги відрізнялась, залежно від групи АСЛ; так, якщо серед населення, яке обслуговується АСЛ, що створені чи реорганізовані на базі ФАПів показник задоволеності достовірно зростав з (55,7±3,4)% у 2002 р. до (77,5±2,4)% респондентів – у 2012 р. Серед населення, що обслуговується АСЛ другої групи це зростання було достовірним ($p \leq 0,05$) та менш виразним (з (70,1±3,3)% у 2002 р. до (77,5±2,9)% респондентів – у 2012 р.), тоді як серед населення, якому надається медична допомога закладами ЗПСМ 3-ї групи – достовірних змін в оцінках задоволеності медичною допомогою - не виявлено.

Аналіз динамічних змін якості ПМСД серед закладів ЗПСМ 1-ї групи виявив (табл. 3.8), що на II-му етапі моніторингу значимими та інформативними є підвищення географічно-територіальної доступності закладу (ФІЯ=0,442 біт; 51,2% внеску) та покращення устаткування закладів діагностичним обладнанням (ФІЯ=0,406 біт; 47,9% внеску).

На III-му етапі моніторингу підвищення якості ПМСД серед закладів 1-ї групи відбулося за рахунок подальшого укомплектування діагностичним обладнанням (ФІЯ=28,8%), збільшенням кількості та потужності денних стаціонарів при АСЛ (ФІЯ=28,2%), покращення географічно-територіальної доступності

(ФІЯ=28,1%); вплинуло на якість, також, унормування загальної кількості населення дільниць сімейного лікаря.

Аналіз динамічних змін якості ПМСД серед закладів ЗПСМ 2-ї групи виявив, що на II-му та III-му етапах моніторингу підвищення якості забезпечувалося лише одним фактором цієї групи факторів – приближенням стаціонарзамінних форм шляхом відкриття денних стаціонарів (на II етапі ФІЯ=0,530 біт; 100,0% внеску; на III-у етапі ФІЯ=0,946 біт; 100,0% внеску).

Аналогічними змінами забезпечено підвищення якості ПМСД і серед закладів III-ї групи (на II етапі ФІЯ=0,423 біт; 100,0% внеску; на III-у етапі ФІЯ=0,484 біт; 100,0% внеску). В цілому, по усім закладам ЗПСМ, на II-му етапі моніторингу підвищення якості ПМСД забезпечувалося трьома факторами цієї групи (у ранговій послідовності): створенням мережі денних стаціонарів при АСЛ (ФІЯ=1,389 біт; 70,4% внеску), комплектацією закладів ЗПСМ обладнанням для лікувального процесу (ФІЯ=0,391 біт; 19,9% внеску) та діагностичним обладнанням (ФІЯ=0,192 біт; 9,7% внеску).

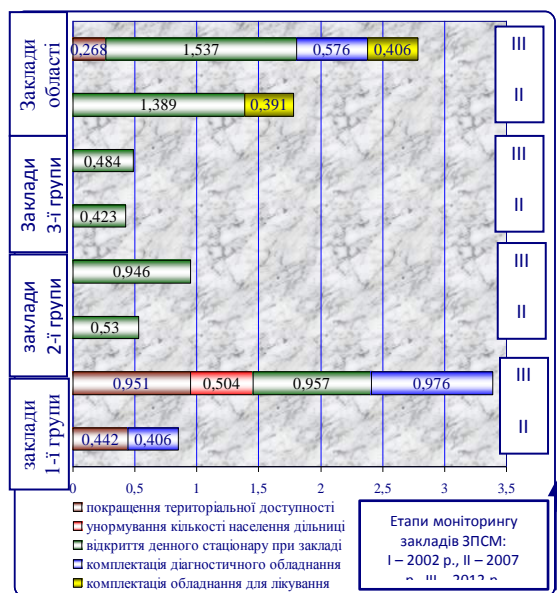


Рис.1 - Компонентний вклад групи факторів, що характеризують доступність та ресурсозабезпечення діяльності амбулаторій сімейного лікаря у підвищення якості медичної допомоги первинного рівня (десятирічний моніторинг)

На II-му етапі моніторингу підвищення якості ПМСД забезпечувалося (подані у ранговій послідовності): удосконаленням мережі денних стаціонарів при АСЛ (ФІЯ=1,537 біт; 55,1% внеску), комплектацією закладів ЗПСМ діагностичним обладнанням (ФІЯ=0,576 біт; 9,6% внеску), обладнанням для лікувального процесу (ФІЯ=0,406 біт; 20,7% внеску) та покращенням географічно - територіальної доступності закладів (ФІЯ=0,268 біт; 14,5% внеску).

Висновки.

1. Залежно від групи закладів ЗПСМ, розташованих у сільській місцевості, виявлено, що підвищення якості ПМСД у АСЛ, що створені або

реформовані на базі фельдшерсько-акушерських пунктів, відбувалось за рахунок (рангова послідовність): достовірно значимого укомплектування діагностичним обладнанням, достовірного збільшення кількості та потужності денних стаціонарів при АСЛ, покращення географічно-територіальної доступності та унормування загальної кількості населення дільниць.

2. Підвищення якості ПМСД у АСЛ, що створені або реформовані на базі сільських лікарських амбулаторій чи дільничних лікарень, відбувалось за рахунок (рангова послідовність) лише територіально-географічної доступності (II етап моніторингу) та формування денних стаціонарів при АСЛ (III етап). В цілому, підвищення якості ПМСД сільському населенню області відбувалось за рахунок насамперед АСЛ, що утворені на базі ФАПів.

3. Отримані дані, щодо динамічних змін, що характеризують територіально-географічну доступність та ресурсозабезпечення закладів ЗПСМ в сільській місцевості, а також використання нової методики кваліметричного їх аналізу можна застосовувати в аналогічних дослідженнях та в практиці моніторингу якості в системі охорони здоров'я та оцінки ефективності управлінських рішень.

Перспективи подальших досліджень з окресленої проблеми – моніторингу діяльності АСЛ пов'язані з вивченням впливу обсягів медичної допомоги та адекватності діагностичних і профілактичних заходів на рівень якості ПМСД.

Список опрацьованої літератури:

- Гойда Н.Г., Ціборовський О.М., Польченко В.І., Швецов В.С., Бодак В.М. Стан і проблема обслуговування сільського населення України. // Стан здоров'я населення України та діяльності медичної галузі 2001.- Київ.- 2002.- с. 260-273.
- Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. - 2003. - С. 42-45.
- Кравченко І.М. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги на первинному рівні / І.М. Кравченко, В.І. Поцелуєв, Б.А. Рогожин, Л.В. Черкашина, О.І. Сердюк, С.П. Шкляр, М.С. Панченко // Методичні рекомендації МОЗ України.-Київ, 2012.-16 с.
- Лехан В.М. Організація роботи лікаря загальної практики. –Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС,-2002.-367с.
- Носиков А., Гудекс К. Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья // EUROHIS: ГУ «Национальный НИИ общественного здоровья РАМН».- 2005.- 193 с.
- Поцелуєв В.І. Вивчення впливу кваліфікації лікарів на якість надання первинної медико-санітарної допомоги та оцінка стану її управління / В.І. Поцелуєв // Пробл. безперервної мед. освіти та науки, 2013.- №1.-С.81-84.

7. Поцелуєв В.І. Оцінка якості діагностики артеріальної гіпертензії в закладах первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики - сімейної медицини / В.І. Поцелуєв // Проблеми безперервної медичної освіти та науки, 2012.-№3.-С.78-83.
8. Поцелуєв В.І. Сільське населення про зміни в організації та якості медичної допомоги внаслідок упровадження сімейної медицини / В.І. Поцелуєв // Сімейна медицина, 2011.- №3.-С.27-28.
9. Фролова Т.В. Застосування інформаційно-ентропійного методу при популяційних дослідженнях // Актуальні питання дитячої алергології: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції / Т.В. Фролова, С.П. Шкляр, О.В. Охупкіна.// Таврический медико-биологический вестник.- Евпатория. - 2006. – Т.9. - №2. - С. 126.
10. Хвисьюк М.І. Виявляємість патології та захворюваність населення сільських районів на території обслуговування сімейними лікарями / М.І. Хвисьюк, В.Г. Марченко, А.Ф. Короп, О.В. Жук, В.І. Поцелуєв, О.Г. Короп, В.В. Корбань // Сімейна медицина, 2011.-№3.- С.29-30.
11. Шинкарьова І.М. Якість первинної медико-санітарної допомоги: оцінка пацієнтами // Вісник проблем біології і медицини.- 2007.- №4.- с.181-189.
12. Шкляр С.П. Использование основных показателей информационно-энтропийного анализа в комплексной оценке факторов риска / С.П.Шкляр // Proceeding second international conference "New leading – edge technologies".- Rybachye.-Ukraine, 2003. – P.191-194.
13. Шкляр С.П. Принципи організаційно – технологічної стандартизації первинної медико-санітарної допомоги / С.П. Шкляр, В.І. Поцелуєв, І.М. Кравченко, О.І. Сердюк, Б.А. Рогожин, Л.В. Черкашина, Л.В. Бондаренко // Методичні рекомендації МОЗ України.-Київ, 2012.-16с.

КВАЛИМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СОГЛАСНО РЕЗУЛЬТАТАМ МОНИТОРИНГА: ДОСТУПНОСТЬ И РЕСУРСОБЕСПЕЧЕНИЕ АМБУЛАТОРИЙ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Поцелуєв В. І.

КУОЗ «Сумська центральна районна клінічна лікарня», ул. Марко Вовчок, 2, 40007, Сумы, Украина

Основываясь на десятилетний мониторинг 123 заведений общей практики – семейной медицины, которые находились в сельской местности, установлено, что улучшение качества медицинской помощи происходило за счет: укомплектованности диагностическим оборудованием, достоверного увеличения количества и мощности некоторых дневных стационаров, улучшением географически-территориальной доступности и также нормированием общего количества населения конкретного участка. Полученные данные, касающиеся динамических изменений, которые характеризуют территориально-географическую доступность и ресурсообеспечение амбулаторий семейного врача, а также использование новой методики их квалиметрического анализа может быть применен в аналогичных исследованиях и в практике мониторинга качества в системе охраны здоровья и оценки эффективности управленческих решений.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, качество, доступность, амбулаторий семейного врача.

QUALIMETRY ANALYSES OF PRIMARY HEALTH CARE CONDITIONS BASED ON THE FOLLOWING MONITORING RESULTS: ACCESSIBILITY AND COMPLETENESS OF THE GENERAL PRACTITIONER'S AMBULATORY

Potselyev V. I.

Communal Health Protection Institution "Sumy Central District Clinical Hospital", 2 Marko Vovchok St., 40007, Sumy, Ukraine

The article is based on decadelong monitoring of 123 general-family practice institutions located in the rural area. It was pointed that medical care quality improving caused by: diagnostic equipment completeness, certain day patient facilities number and capacity enlarging, geographically-territorial accessibility reforming, normalization of population general number regarding to the certain institution. Obtained data dealt with significant changes caused by geographically-territorial accessibility, ambulatory completeness of a general practitioner and the new qualimetry approach usage. Thus, the approach can be involved into similar analyzes, Health Care System quality monitoring and managerial decision evaluation of effectiveness.

Key words: primary health care, quality, accessibility, practitioner's ambulatory.