

Р. Ю. Погоріляк

Ужгородський національний університет

ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ТА ДОСТУПНОСТІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ЗАКАРПАТТЯ

Автором проведена оцінка якості та доступності медичної допомоги, використовуючи індикатори якості. Встановлено різнонаправлену тенденцію показників.

Ключові слова: індикатори якості, якість, доступність медичної допомоги.

Згідно з визначенням ВООЗ якість медичної допомоги – це властивість процесу взаємодії лікаря та пацієнта, зумовлена кваліфікацією персоналу, тобто спроможністю лікаря знижувати ризик прогресування захворювання та появи нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою [1, 2]. Система оцінки якості та ефективності медичної допомоги повинна функціонувати в кожному лікувальному закладі безперервно. Слід чітко розуміти, що тільки через покращення якості медичної допомоги досягаються всі цілі управління: забезпечується довготерміновий успіх організації в цілому і кожного співробітника окремо, визначається свій сегмент ринку медичних послуг і залучення інвестицій, і нарешті, забезпечується задоволеність пацієнта та благополуччя персоналу лікувально-профілактичного закладу [3].

Оцінка якості медичних послуг проводиться у відповідності до індикаторів, встановлених наказом МОЗ України від 02.11.2011 року № 743. Відповідно до цього наказу індикаторами первинної медичної допомоги є: первинний вихід на інвалідність, кількість випадків дитячої смертності, виявлення випадків туберкульозу в занедбаних стадіях та повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями.

Мета роботи – провести оцінку якості та доступності первинної медичної допомоги населенню Закарпатської області у відповідності до цих індикаторів.

Матеріали та методи. Матеріалами та інформаційною основою дослідження стали звіти форми № 33 – здоров, № 21 – а та 35 – здоров за 1995 – 2010 рр. Результати отримані за допомогою методів аналізу (порівняльного та статистичного).

Результати та обговорення

Інвалідність є одним із найважливіших показників здоров'я населення, індикатором

якості та ефективності соціально-гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів. Ретроспективний статистичний погляд на стан первинної інвалідності населення Закарпатської області протягом 1995–2010 років свідчить про її зниження протягом 1995–2000 років, з наступним різким зростанням до 2005 року та поступовим зменшенням до 2010 року. Зумовлено це складною медико-соціальною природою багатокомпонентного комплексу факторів, які впливають на процес інвалідизації, де провідна роль належить соціально-економічним, демографічним та екологічним чинникам. Зростання показників інвалідності співпадало із зміною пенсійного законодавства та зростанням соціальних пільг, а зниження показників первинної інвалідності дорослого населення виникло в результаті подальшого обмеження фінансування соціальних програм для інвалідів та скорочення надання їм пільг. Проте, якщо провести вирівнювання динамічних рядів, то можна відмітити тенденцію до зростання показника первинної інвалідності серед працездатного населення на 8,4%, а серед дорослого населення зниження на 6,4%.

Аналізуючи рівень первинного виходу на інвалідність в залежності від географічної зони проживання, як серед дорослого так і серед працездатного населення характерним є найвищий рівень цього показника в гірських районах, нижчий в передгірських та найнижчим є низинній зоні, що може свідчити про несвоєчасність, недостатню якість та доступність медичної допомоги в гірських та передгірських районах, що в подальшому призвело до інвалідизації. При порівнянні вищезгаданих показників із середніми по Україні, було виявлено переважання рівня середньодержавних над середньообласними серед дорослого населення, проте показник інвалідизації серед працездатного населення в Закарпатській області виявився більшим (у 2005 р. – на 6,3%, у 2010 р. – на 3,1%). У структурі первинної інвалідності, як серед дорослого, так і серед

працездатного населення, переважає інвалідність з приводу хвороб системи кровообігу (801 – доросле та 724 – працездатне населення), новоутворень (741 та 657 відповідно), хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (530 та 520 відповідно).

Одним з найвідчутніших індикаторів суспільно-економічного благополуччя є показник смертності дітей віком до одного року. Динаміка смертності немовлят надзвичайно чутливо реагує на зрушення в соціально-економічному і санітарному стані країни, в медичному обслуговуванні, екологічних умовах, способі життя різних верств населення. Найвищий рівень смертності немовлят в Україні був зафіксований у 1995 році на рівні 15 померлих на 1000 народжених. В Закарпатській області в той час рівень був нижчим і становив 12,8 померлих на 1000 народжених. Проте уже з 2000 року і по 2010 рік даний показник в області перевищував середньоукраїнський і зріс на 27,9%. При аналізі рівня дитячої смертності до 1 року в залежності від біогеохімічних зон проживання було встановлено, що найвищий її рівень відмічався в гірській зоні, що можливо пов'язано із низькою якістю і доступністю медичної допомоги, незадовільним здоров'ям матерів тощо. Показник дитячої смертності ще більше викликає занепокоєння і з огляду на те, що його рівень майже вдвічі перевищує показники розвинутих європейських країн (Швеція – 2,4%, Франція – 3,6%, Німеччина – 3,9%, Чехія – 3,4%).

Таким чином, смертність дітей віком до одного року є одним із найчутливіших індикаторів рівня соціально-економічного розвитку суспільства, що акумулює в собі рівень освіти та культури, стан навколишнього середовища, ефективність профілактичних заходів, рівень доступності та якості медичної допомоги, розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві.

Про своєчасність медичної допомоги та кваліфікацію медичного персоналу свідчить показник повноти диспансеризації. Його розраховують в залежності від віку та захворювання. Аналіз повноти охоплення диспансерним наглядом хворих в різні вікові категорії в Закарпатській області має наступні тенденції: протягом 1995–2010 років тільки серед дорослого населення (18 р. і старші) повнота охоплення диспансеризацією зросла на 50,1% (від 43,1 до 64,7 на 100 осіб), а серед дітей та підлітків цей показник до 2000 року зростав (на 4,3% та 18,4% відповідно), після чого вже протягом останніх 10 років має тенденцію до зменшення. Повнота охоплення диспансеризацією хворих серед дітей зросла протягом 1995–2010 років з приводу хвороб нервової системи (на 61,5%), ендокринної системи (на 8,6%) та вроджених аномалій (на 4,7%). Поряд з цим повнота диспансеризації з приводу інфекційних хвороб, захворювань вуха та кістково-м'язової

системи протягом досліджуваного періоду знизилася. Що стосується дорослого населення області, то показник повноти диспансеризації зріс за основними нозологічними групами захворювань: кістково-м'язової системи (в 2,7 раз), ПЖК (майже в 2 рази), хвороб нервової системи (на 43,9%), інфекційних хвороб (на 32,8%), травлення (на 28,8%), кровообігу (на 26,0%), новоутворення (на 1,7%), вроджених аномалій (на 4,0%) тощо. Дані показники свідчать про погіршення стану здоров'я населення області та зростання кількості хворих з хронічною патологією серед дорослих.

Не менш важливим показником доступності та якості медичної допомоги є виявлення випадків туберкульозу в занедбаних стадіях, а саме активні форми туберкульозу з деструкцією. Україна відноситься до країн з високим показником захворюваності на туберкульоз, вона посідає 7 місце в Європі, за темпами зростання мультирезистентного туберкульозу – 2 місце в Європі, а за його поширеністю у вперше виявлених хворих – 4 місце у світі [3].

Епідемічна ситуація щодо туберкульозу в Закарпатській області є більш благоприємною, ніж в Україні загалом, оскільки рівень захворюваності в 2010 році в області становив 54,6 на 100 тис. населення, а середньодержавний рівень – 66,8 на 100 тис. населення. Однак негативним є зростання рівня захворюваності на туберкульоз з досліджуваної області протягом 1995–2010 років на 80,8% (від 30,2 в 1995 році до 54,6 у 2010 році). Що стосується виявлення випадків туберкульозу в запущених стадіях, то в області їх з року в рік реєструється все більше (від 215 випадків в 1995 році до 303 випадків в 2010 році). Таким чином, за 15 років число випадків деструкції зросло на 88 випадків, а питома вага запущених форм туберкульозу в загальній кількості захворюваності коливалася від 55,3% в 1995 р. до 41,5% в 2005 році. Такий високий відсоток (майже 50%) запущених випадків туберкульозу може бути пов'язаний із низькою причин, однією з яких є пізні виявлення хворих на туберкульоз із поширеним, деструктивним процесом та масивним бактеріовиділенням. Для зменшення захворюваності на туберкульоз, а саме в запущених стадіях необхідним є забезпечення якісного надання медичних послуг на рівні первинної медичної ланки (покривити виявлення), підвищити доступ до діагностики та лікування, підвищити рівень громадської обізнаності, підвищити якість контрольованого лікування через мережу лікувально-профілактичних закладів, підвищити надання соціальної допомоги хворим та забезпечити їх супровід під час амбулаторного лікування, а також посилити координацію протитуберкульозної служби, загальної мережі та служби протидії ВІЛ/Сніду щодо своєчасного виявлення випадків туберкульозу.

Висновки

Результати досліджень свідчать про недостатню якість та ефективність надання первинної медичної допомоги населенню області: зростання показників первинної інвалідності, захворюваності на туберкульоз, а саме в запущених стадіях, переважанням рівня дитячої смертності в області над середньоукраїнським показником тощо. Особливої уваги потребує якість надання медичної допомоги в гірській місцевості.

Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та

високої якості залежить від багатьох причин, а саме: адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму та кваліфікації лікарів, компетентності керівників, психологічної готовності населення піклуватися про своє здоров'я. Тому, в першу чергу, необхідно впливати на ці причини і враховувати їх при розробці регіональних програм та заходів підвищення якості та доступності медичної допомоги.

В подальшому планується оцінка якості та доступності вторинної та третинної медичної допомоги населенню Закарпатської області.

Список літератури

1. Кардаш В. Е. Управлінський облік і якість роботи лікувально-профілактичного закладу / В. Е. Кардаш, Е. Ц. Ясинська, М. І. Грицюк, Ж. А. Ревенко, Г. В. Кардаш // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я . – 2012. – № 2 –3 (18 –19). – С. 137 –141.
2. Мартиненко Л. В. Якість медичної допомоги пацієнту – якість життя медика / Л. В. Мартиненко // Жіночий лікар. – 2006. – № 1. – С. 36 –38.
3. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України: [гол. ред. Москаленко В. та ін]. – К., 2011. – 439 с.

Стаття надійшла до редакції: 25.02.2013

Р. Ю. Погориляк

Ужгородський національний університет, кафедра общественного здоровья, г. Ужгород

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЗАКАРПАТЬЯ

Автором проведена оценка качества и доступности медицинской помощи, используя индикаторы качества. Установлено разнонаправленную тенденцию показателей.

Ключевые слова: индикаторы качества, качество, доступность медицинской помощи.

R. Y. Pohorilyak

Uzhgorod National University, Department of Public Health, Uzhgorod

BCHARACTERISTICS OF QUALITY AND ACCESSIBILITY OF PRIMARY HEALTH CARE TO THE POPULATION OF TRANSCARPATHTIA

The author evaluated the quality and accessibility of health care, using quality indicators. Established diversity direction trend indicators.

Keywords: quality indicators, quality, accessibility of health care.