

УДК 614.253+254]:35.083.53

С. П. Шкляр^{1,2}, Л. К. Пархоменко¹, І. М. Шинкарьова^{1,2}, К. Б. Гарбар¹,
О. А. Цодікова¹

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ТА ДОСВІД ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ РОБОТИ СІЛЬСЬКИХ АМБУЛАТОРІЙ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

¹Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)²Харківський національний медичний університет (м. Харків)

Дослідження виконано у межах наукового проекту з пріоритетним фінансуванням МОЗ України «Обґрунтування та впровадження системи регіонального моніторингу здоров'я дітей та підлітків в умовах реформування первинної медико-санітарної допомоги населенню України на засадах загальної практики/сімейної медицини» (держреєстрація № 0107 У 001392; 2007–2009 р.; наук. кер. — д-р мед.наук, гол. наук. сп. С. П. Шкляр)

Вступ. Протягом останніх десятиріч фактично всі країни Європи активно застосовують моделі реформування системи охорони здоров'я, що базуються на стратегіях розбудови та пріоритетного розвитку ПМСД [2,6]. З точки зору провідних міжнародних та вітчизняних дослідників оптимальним організаційним підходом, що створює потенціал для ефективного використання ресурсів охорони здоров'я з метою забезпечення населення доступними та якісними медичними послугами, визнано розбудову служби ПМСД на засадах загальної практики [1,7]. Запорукою успішної реалізації стратегії в певних медико-соціальних умовах є визначення та практичне впровадження найбільш раціональної з точки зору якості та ефективності медичної допомоги комбінації таких організаційних компонентів, як обсяги допомоги, що надаються на первинному рівні, модель організації загальної практики, спосіб формування контингенту обслуговування, принципи взаємодії служби ПМСД з іншими службами, організація праці медичних працівників, спосіб фінансування галузі та методи оплати за надані послуги [4,9]. В свою чергу виявлення факторів негативного впливу на шляху втілення організаційних перетворень в охороні здоров'я є основою для обґрунтування напрямків їх елімінації та адаптації до місцевих умов [5,8].

Одним з методів оцінки ефективності організації роботи системи охорони здоров'я в цілому та її окремих компонентів служить соціологічне опитування. Незважаючи на суб'єктивний характер, соціологічні оцінки більш адекватно відображають якісну

сторону різних видів медичного обслуговування, думки пацієнтів, їхню задоволеність лікувально-діагностичними процедурами, дією лікарів, середнього медичного персоналу, доглядом, змістом й іншими аспектами обслуговування в лікувально-профілактичній установі, що багато в чому залежить від безпосереднього контакту хворого із системою організації медичної допомоги [3,10].

Мета дослідження полягала вивченні якості роботи сільських амбулаторій загальної практики сімейної медицини шляхом медико — соціологічного дослідження.

Методологія дослідження. Для проведення дослідження було розроблено стандартизований протокол опитування для мешканців сільських районів області. Дослідження оцінки якості з точки зору пацієнтів проводилося з акцентом на наступні критерії: доступність, безперервність, професійна компетентність, вчасність, безпека, науково-технічний рівень, міжособистісні взаємовідносини, результативність. Питання щодо оцінки аспектів якості медичної допомоги побудовані у формі закритих запитань з п'ятьма відповідями, кожній з яких було присвоєно вагу від 1,0 (максимально позитивна відповідь або 100 % якості) до 0,0 (абсолютно негативна відповідь або 0 % якості). Вага проміжних відповідей дорівнює відповідно 0,75 (75 %), 0,5(50 %), та 0,25 (25 %). Кожному з варіантів відповіді з метою полегшення розуміння було дано словесне тлумачення. Такий підхід надав можливість розрахувати інтегральні показники оцінки кожного компонента пацієнтами, а також інтегральний показник якості медичної допомоги. Питання для вивчення думки респондентів щодо оцінки ефективності змін в системі охорони здоров'я в період активного реформування були побудовані за тим же принципом, що й питання для вивчення якості медичної допомоги. Додатково оцінку якості медичної допомоги з боку пацієнтів було доповнено вивченням частоти звернень за медичною допомогою, окремо з профілактичною метою та з приводу захворювань, та оцінку стану свого здоров'я.

Дослідження проведено методом одноментного суцільного спостереження шляхом анонімного анкетування. Опитування пацієнтів проводився у 14 районах Харківської області. Загалом об'єм вибірки складає 850 осіб. Тип вибірки дослідження населення — комбінована районово-кластерна з введенням квоти за статевою ознакою та типом населеного пункту. Для статі представництво чоловіків не повинно бути меншим за 40,0 %, а жінок — більшим 60,0 %, що обумовлено характерним статевим складом сільського населення в Україні. Всі респонденти мешкали на території обслуговування сімейних лікарів, які працюють в амбулаторіях ЗПСМ, що були реформовані з ФАПів протягом останніх п'яти років.

Респондентам гарантувалася повна анонімність та конфіденційність отриманої інформації. Інформація використовувалася дослідниками тільки в узагальненому вигляді. Аналіз даних проводився за допомогою програми SPSS, дані транспортовані в EXCEL та подано у вигляді таблиць. У ході проведення опитування було проаналізовано 850 анкет пацієнтів, що одержали медичне обслуговування в ЛПЗ районів. Серед опитаних 48,0 % чоловіків (408 осіб) й 52 % жінок (442 особи) віком від 18 до 88 років, що в цілому відображає статеву структуру жителів Харківської області. Найбільшу частку серед учасників опитування склали особи у віці 40–49 років — 207 осіб (24,35±1,5 %), на респондентів у віці 29 років доводиться 15,29±1,2 % (130 осіб), 30–39 років (17,65±1,3 %, 150 осіб), 50–59 років (18,71±1,3 %, 159 осіб), 60 років і більше 24,0±105 % (204 особи).

Обговорення результатів. По соціально-професійних групах опитані розподілилися у такий спосіб: 29,7±1,6 % пенсіонери, 26,5±1,5 % службовці, 23,7±1,5 % — робітники та сільські працівники, 12,2±1,1 % — безробітні, 17,8±1,3 % — приватний підприємець, 12,7±1,1 % — студенти або учні. Необхідно зробити зауваження, що до категорії службовців віднесено респондентів, робота яких не пов'язана з фізичною працею. Частка респондентів, які мали вищу освіту, становила 12,8±1,1 %, середню спеціальну — 36,8±1,9 %, що припускає одержання цілком адекватних відповідей на спеціальні питання. Серед опитаних 72,8±1,5 % одружені та мешкали у родині, 11,8±1,1 % респондентів ідентифікували свій статус як одинаки (не були в шлюбі), 5,4±0,8 % — розлучені, 10,0±1,1 % — вдівці. В родинях 16,5±1,3 % опитаних не було дітей віком до 18 років, 80,2±1,2 % респондентів вказали, що в їх родинях мешкають одна, дві або три дитини, 3,3±0,6 % опитаних мали чотири та більше

дітей віком до 18 років в родині. Розподіл респондентів за ознакою матеріального забезпечення демонструє, що 71,9±1,6 % респондентів мають середній дохід на одного члена родини нижче офіційно визначеного прожиткового мінімуму. 26,2±1,5 % респондентів вказали, що середній дохід на одного члена їх родини становить від 350 до 700 гривень на місяць, а 1,9±0,4 % опитаних — більше 700 гривень. Найважливішим аспектом, що впливає на ставлення пацієнтів до роботи системи охорони здоров'я, служить власна оцінка свого здоров'я. Її аналіз показав, що тільки 10±1,0 % опитаних вважають своє здоров'я гарним, 65,1±1,6 % задовільним, а 24,9±1,5 % оцінюють стан свого здоров'я як незадовільний. Наявність хронічного захворювання відзначили в себе 57,2±1,7 %, а його відсутність 27,6±1,5 %.

Фактором, який непрямо свідчить про якість медичного обслуговування, є частота звернень мешканців по медичну допомогу, тому одним із завдань дослідження було з'ясувати суб'єктивний компонент цього показника серед населення сільських районів Харківської області. При цьому окремо вивчено частоту звернень по допомогу з приводу захворювань та з профілактичною метою. Дані опитування свідчать, що половина (50,0±1,7 %) респондентів звертається по медичну допомогу з приводу захворювань досить рідко — раз у рік. Решта опитаних користуються послугами лікувальних закладів з цього приводу раз у квартал — 34,4±1,6 % та раз у місяць — 15,3±1,2 %. Троє опитаних (0,4±0,2 %) обрали варіант відповіді «інше», що було роз'яснено, як «взагалі не звертаюсь» або «звертаюсь рідше, ніж 1 раз на рік». При цьому існує слабо виражений зв'язок показника частоти звернень за медичною допомогою з приводу захворювань з показником віку ($p=0,05$, $r=+0,1$).

З профілактичною метою до закладів охорони здоров'я раз на рік звертаються 64,9±1,6 % опитаних, раз у квартал 27,2±1,5 %, раз у місяць 3,8±0,7 % (32 особи). Відповідь «інше» обрали 4,1±0,7 % респондентів. При цьому всі 100 % респондентів, які обрали категорію «інше», розшифрували свою відповідь, як «зовсім не звертаюсь по медичну допомогу з профілактичною метою». Таким чином, результати дослідження дозволяють стверджувати, що рівень звернень сільських мешканців по медичну допомогу досить низький, що особливо виражено щодо відвідувань лікувальних закладів з профілактичною метою. Необхідно підкреслити, що не існує достовірної різниці між показниками частоти звернень до лікувальних закладів як з лікувальною, так і з профілак-

тичною метою, серед опитаних які ідентифікували в себе наявність хронічних захворювань і серед респондентів, які стверджують, що не страждають на такі.

Завданням дослідження було вивчити якість структурно — функціональних компонентів первинної медико-санітарної допомоги. Одним з компонентів практичного запровадження стратегії реформування ПМСД на засадах ЗП/СМ є формування контингенту обслуговування сімейного лікаря за принципом вільного вибору лікаря пацієнтом. На запитання «Чи можете Ви самостійно обирати сімейного лікаря?» більшість респондентів ($45,8 \pm 1,7$ %) відповіло «ні». На другому місці за частотою відповідей ($26,6 \pm 1,5$ %) на дане запитання знаходиться варіант «не маю інформації щодо можливості обирати лікаря». $16,5 \pm 1,3$ % респондентів відповіли, що теоретично вони мають можливість вільно обирати сімейного лікаря, але практично для цього є об'єктивні перешкоди, такі, як проживання у віддаленому селі, відсутність достатньої кількості медичного персоналу та інше. Лише $11,2 \pm 1,1$ % опитаних відповіли, що самостійно обирають сімейного лікаря для себе і своєї родини.

Згідно даних дослідження значна частина пацієнтів ($73,3 \pm 1,9$ %) за медичною допомогою для дорослих членів родини насамперед звертається до персоналу місцевого закладу ПМСД (амбулаторії, ФАПу). При цьому найбільша частка опитаних ($42,4 \pm 1,7$ %) первинно користується послугами середнього медичного персоналу цих закладів, в той час, як з сімейним лікарем відразу контактує $30,9 \pm 1,6$ % респондентів (263 особи). Звертаються безпосередньо до вузьких спеціалістів закладів більш високого рівня $13,3 \pm 1,2$ % опитаних, $6,6 \pm 0,9$ % респондентів відразу викликають «швидку допомогу», $4,9 \pm 0,6$ % — користуються послугами лікарів в приватному порядку (звертаються до знайомих або приватних лікарів). Відповідь «інше» на запитання «До кого Ви насамперед звертаєтесь за медичною допомогою для себе та дорослих членів родини» дали $1,9 \pm 0,5$ % респондентів. Більшість опитаних розшифрували такий варіант як «займаюсь самолікуванням».

Дані опитування свідчать, що $62,7 \pm 1,8$ % респондентів за медичною допомогою для дітей насамперед звертаються до персоналу місцевих закладів ПМСД, при цьому $38,4 \pm 1,7$ % з опитаних — безпосередньо до лікаря цих закладів, а $24,4 \pm 1,5$ % — до середнього персоналу. Вдвічі більше респондентів звертається за медичною допомогою для дітей ($26,9 \pm 1,5$ %) у порівнянні з медичною допомогою для дорослих членів родини безпосередньо до вузьких спеціалістів закла-

дів більш високого рівня. Цей факт може вказувати на недостатню кваліфікацію сімейних лікарів в галузі педіатрії та недовіру пацієнтів. $2,5 \pm 0,5$ % респондентів користуються послугами лікарів у приватному порядку, $7,2 \pm 0,9$ % відразу контактують зі службою швидкої невідкладної допомоги. Відповідь «інше» на запитання «До кого Ви насамперед звертаєтесь за медичною допомогою для дітей» дали $0,7 \pm 0,2$ % респондентів (6 осіб).

Наведені результати опитування дають змогу зробити висновок, що у сільській місцевості важливу роль у наданні медичної допомоги відіграють саме місцеві заклади ПМСД, а середній персонал відіграє поряд з сімейними лікарями важливу роль у обслуговуванні первинних звернень та наданні первинної допомоги. З метою дослідження фінансової доступності медичної допомоги для сільських мешканців респондентам було запропоновано оцінити свої витрати на медичну допомогу в середньому на місяць протягом останнього року. При цьому урахувалися витрати в закладах всіх рівнів. Результати опитування показали, що абсолютна більшість респондентів витрачають на медичне обслуговування небагато грошей (до $10,0$ % офіційно встановленого прожиткового мінімуму), $11,5 \pm 1,1$ % опитаних (98 осіб) вказали, що витрачали на місяць в середньому від $10,0$ % до $50,0$ % прожиткового мінімуму, $5,2 \pm 0,8$ % мешканців (44 особи), серед тих, що брали участь у анкетуванні, визначають свої витрати на рівні $50,0$ %- $100,0$ % прожиткового мінімуму. $3,3 \pm 0,6$ % опитаних (28 осіб) вказали, що зовсім не витрачали гроші на лікування, а $2,8 \pm 0,6$ % (24 особи) стверджують, що їх витрати на медичну допомогу перебільшують рівень офіційно встановленого прожиткового мінімуму. При цьому не встановлено достовірно значущих взаємозв'язків рівня витрат на медичну допомогу з рівнем доходу на одного члена родини.

Одним із завдань дослідження було з'ясувати, як населенням оцінює якість медичної допомоги, що надається в амбулаторіях ЗПСМ, створених на базі ФАПів. Професійну компетентність лікарів як «дуже високу» оцінили $11,8 \pm 1,1$ % респондентів (100 осіб), а професійними якостями середнього медичного персоналу абсолютно задоволені $13,1 \pm 1,2$ % опитаних (111 осіб). Доброю кваліфікацію лікарів вважають $25,8 \pm 1,5$ % респондентів (219 осіб), а середнього медичного персоналу — $24,7 \pm 1,5$ % опитаних (210 осіб). Найбільша частка респондентів визначили професійну підготовку персоналу закладів ПМСД як задовільну ($30,7 \pm 1,6$ % та $32,1 \pm 1,6$ % респондентів або 261 та 293 пацієнти щодо лікарів та середньо-

го персоналу). Відповідно, як низький рівень кваліфікації сімейних лікарів та медичних сестер оцінили $27,2 \pm 1,5$ % і $27,6 \pm 1,5$ % опитаних (231 та 235 осіб). $4,6 \pm 0,7$ % опитаних (39 осіб) вважають, що професійні якості лікаря незадовільні, відповідний показник щодо середнього медичного персоналу місцевих закладів ПМСД дорівнює $2,5 \pm 0,5$ % (21 особа). Розрахований показник інтегральної оцінки пацієнтами кваліфікаційних якостей сімейних лікарів становить 53,2 %, а середнього медичного персоналу — 54,6 %.

За результатами вивчення фізичної доступності лікарської допомоги первинного рівня для мешканців сільських районів встановлено, що $24,2 \pm 1,5$ % респондентів звертаються по допомогу до сімейного лікаря в будь який час доби незалежно від робочого графіку закладу ПМСД, $9,6 \pm 1,0$ % опитаних можуть скористатися послугами лікаря протягом дня, $24,9 \pm 1,5$ % пацієнтів — в робочі часи закладу ПМСД. При цьому $16,2 \pm 1,5$ % опитаних вказали, що не завжди мають можливість одразу звернутися до лікаря навіть у робочі години, а $24,9 \pm 1,5$ % підкреслили, що така можливість практично відсутня внаслідок об'єктивних перешкод. Таким чином, фізична доступність лікарської допомоги на первинному рівні становить 48,0 %. За результатами дослідження встановлено, що $21,4 \pm 1,4$ % респондентів витрачають на очікування на лікарський прийом в амбулаторії до 15 хв, $31,9 \pm 1,6$ % очікують від 15 до 30 хв, ще $19,6 \pm 1,4$ % стверджують, що витрачають на візит до лікаря в амбулаторії від 30 до 45 хв, а $6,9 \pm 0,9$ % — впродовж години, тоді як $20,1 \pm 1,4$ % вказали, що очікують більше години. При цьому, $39,2 \pm 1,7$ % пацієнтів стверджують, що вдома олчікують на відвідування лікаря одну годину, $21,4 \pm 1,4$ % — від однієї до трьох годин, $17,1 \pm 1,3$ % респондентів вказали, що лікар відвідує їх впродовж робочого дня, $12,6 \pm 1,1$ % опитаних відповіли, що інколи лікар приходить наступного дня, а $9,8 \pm 1,0$ % мешканців стверджують, що на візит лікаря змушені очікувати дві-три доби. Розрахований згідно наведених даних інтегральний показник оптимального часу очікування на прийом лікаря в амбулаторіях ЗПСМ, що створені на базі ФАПів, становить 56,9 %, а відповідний показник щодо обслуговування вдома дорівнює 66,9 %.

Абсолютно якісними та безпечними маніпуляції та процедури, які здійснює медичний персонал закладів ПМСД, визнали $24,7 \pm 1,5$ % респондентів, високу якість та ступінь безпечності маніпуляцій відзначило $33,3 \pm 1,6$ %. Наявність деяких незначних недоліків підкреслюють $17,8 \pm 1,3$ % пацієнтів, що прийняли участь у опитуванні.

На низький рівень якості та безпечності процедур вказують $18,5 \pm 1,3$ % респондентів, а з точки зору $5,8 \pm 0,8$ % респондентів якість процедур незадовільна. Розрахований інтегральний показник якості та безпеки лікувально-діагностичних маніпуляцій та процедур таким чином дорівнює 63,2 %.

Вивчення думки пацієнтів щодо якості та відповідності потребам лікувально-діагностичного процесу матеріально-технічної бази місцевих закладів ПМСД показало, що $60,8 \pm 1,7$ % респондентів вважають її такою, що потребує оновлення, $27,3 \pm 1,5$ % опитаних підкреслюють, що існують значні недоліки в якості інструментарію та обладнання. Лише $7,8 \pm 0,7$ % пацієнтів визначили апаратуру та інструментарій, як такий, що відповідає завданням закладів, а $4,4 \pm 0,7$ % стверджують, що використання наявного обладнання небезпечно для здоров'я пацієнтів.

Згідно даних дослідження $22,0 \pm 1,4$ % респондентів повністю та $29,4 \pm 1,6$ % майже повністю задоволені ставленням медичного персоналу до пацієнтів, ще $17,9 \pm 1,3$ % вважають стосунки персоналу з пацієнтами адекватними, $18,4 \pm 1,3$ % опитаних підкреслюють наявність деяких недоліків, а $12,4 \pm 1,1$ % мешканців, що брали участь у опитуванні, вказують на незадовільне ставлення медичного персоналу закладів до пацієнтів. Виходячи з цього, показник якості взаємовідносин персоналу та пацієнтів становить 57,6 %.

Результатами лікування повністю задоволені $9,2 \pm 1,0$ % респондентів (78 осіб). Добрими результатами лікування вважають $36,5 \pm 1,7$ % опитаних (310 осіб), мають деякі сумніви, чи все можливе було зроблено задля стабілізації їх здоров'я $24,7 \pm 1,5$ % пацієнтів (210 осіб). $26,5 \pm 1,5$ % (225 осіб) вважають результати лікування незадовільними, а $3,2 \pm 0,6$ % опитаних (27 осіб) повністю незадоволені лікуванням та результатами в місцевих закладах ПМСД. Згідно даних опитування протягом часу активного реформування галузі охорони здоров'я на засадах загальної практики/сімейної медицини $48,9 \pm 1,7$ % пацієнтів (417 осіб) не відчули ніяких змін в якості медичного обслуговування, $29,6 \pm 1,6$ % респондентів (252 особи) підкреслили наявність змін на краще, а $4,6 \pm 0,7$ % (39 осіб) відзначають значне покращення надання медичної допомоги місцевими закладами ПМСД. З іншого боку $12,2 \pm 1,1$ % опитаних (104 особи) вказали, що з їх точки зору в роботі медичних закладів відбулися зміни на гірше, а $4,6 \pm 0,7$ % мешканців (39 осіб), які брали участь у анкетуванні, стверджують, що відчувають значне погіршення

якості медичного обслуговування на первинному рівні Фактично, такі результати можна інтерпретувати як позитивні. Практично половина респондентів не відчуває змін, а третина опитаних стверджує, що медичне обслуговування в закладах ПМСД змінилося на краще. Таке ставлення пацієнтів в період активних організаційних змін є показником високої ефективності реформування галузі і позитивного сприйняття пацієнтами перетворень.

З точки зору мешканців сільських районів показник якості медичної допомоги, що надається місцевими закладами ПМСД становить 59,2 %. Серед пропозицій, які вносили респонденти задля покращення медичного обслуговування найважливішу частину складають: забезпечити заклади персоналом з вищою медичною освітою — 24,7 %; підвищити кваліфікацію лікарів — 22,9 %; підвищити кваліфікацію середнього медичного персоналу — 17,6 %; покращити матеріально-технічну базу — 48,2 %; забезпечити заклади безплатними медикаментами — 13,5 %; забезпечити почергове консультування пацієнтів на місцях вузькими спеціалістами — 9,2 %.

Висновки.

1. Доведено, що оптимізація обсягів медичної допомоги, яка надається місцевими закладами ПМСД є провідним шляхом у вирішенні актуального питання підвищення ефективності охорони здоров'я сільського населення з оглядом на їх найважливішу роль серед закладів охорони всіх рівнів у наданні медичної допомоги, як дорослому населенню, так і дітям. Заклади ПМСД в сільській місцевості обслуговують 73,3 % первинних звернень за допомогою для дорослого населення та 62,8 % первинних звернень по допомогу дітям, при цьому середній персонал відіграє поряд з сімейними лікарями важливу роль у наданні первинної допомоги (42,4 % — допомогу дорослим та 24,4 % — дітям).

2. Виявлено низький рівень відвідувань закладів ПМСД мешканцями сільських районів, як з профілактичною метою, так і з приводу захворювань, не зважаючи на те, що значна частка опитаних страждає на хронічні захворювання (57,2 %), а досить велика кількість респондентів вважає стан свого здоров'я незадовільним (24,9 %).

3. Основними проблемами в підвищенні якості медичної допомоги визначено незадовільний стан матеріально-технічної бази (показник якості — 34,8 %), фізична доступність до лікарської допомоги (48,0 %) та кваліфікаційний рівень медичного персоналу (лікарів — 53,2 %, середнього медичного персоналу — 54,6 %).

4. Доведено, що більшість населення сприймає реформування галузі нейтрально (48,0 % опитаних), третина респондентів (34,2 %) відзначає позитивні зміни, і тільки 16,8 % опитаних наголошує на погіршенні обслуговування за період реформування ПМСД на засадах ЗПСМ.

Перспективи подальших досліджень. Перспективність подальшого вивчення оцінки пацієнтами якості та ефективності медичної допомоги, яка надається в ЗПСМ, полягає в тому, що узагальнені дані дозволяють створити передумови для керування процесами реформування галузі з позиції задоволеності населення. Рішення зазначених проблем дозволяє урахувати суб'єктивний компонент якості та ефективності в діяльності сімейного лікаря.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я. Під загальною редакцією В. Ф. Москаленка. — Тернопіль: Укр.мед.книга, — 2000.-152с.
2. Алма-Атинская декларация. Принята на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в Алма — Ате, сентябрь 1978//Работа ВОЗ в 1978–1979 годах. Двухгодичный отчет Генерального директора. ВОЗ.-Женева, 1980.
3. Антипова, С.И. Изучение мнения населения об оказании медицинской помощи в Беларуси/С.И. Антипова, Е.В. Горячева//Мед. новости. — 2005. — № 2. — С. 54–56.
4. Всемирная декларация по здравоохранению. Утверждена резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA51.7 16 мая 1998 г.//Пятьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Резолюции и решения. Приложения. WHA51/1998/REC/1. — Всемирная организация здравоохранения: Женева, 2000. — С. 5–7.
5. Гойда Н.Г. Стан і проблема обслуговування сільського населення України/Н.Г. Гойда, О.М. Ціборовський, В.І. Польшенко//Стан здоров'я населення України та діяльності медичної галузі 2001.– Київ.– 2002.– С. 260–273.
6. Двенадцать принципов организации здравоохранения для любой национальной системы здравоохранения. Приняты 17-й Всемирной медицинской ассамблеей, Нью-Йорк, США, октябрь 1963 г., с поправками, внесенными 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.//Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. — К.: Сфера, 1999. — 51с
7. Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи?//Сводный доклад ВОЗ.– Копенгаген. — 2004. — 24с.
8. Лехан В. М. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря)/В.М. Лехан — Дніпропетровськ, АРТ-ПРЕС.-2002.-367 с.
9. Health systems in transition: learning from experience. Edited by Josep Figueras, Martin McKee, Jennifer Cain, Suszy Lessof // World health organization on behalf of European Observatory of Health Systems and Policies Series.- 2004.- 153 p.

УДК 614.253+254]:35.083.53

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ И ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СЕЛЬСКИХ АМБУЛАТОРИЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ / СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Шкляр С. П., Пархоменко Л. К., Шинкарёва И. М., Гарбар К. Б., Цодикова О. А.

Резюме. Разработаны методологические подходы к изучению качества медицинской помощи путем социологического опроса населения. Проведено изучения и обобщение мнения пациентов 14 сельских районов области о качестве и эффективности помощи, которую оказывает персонал амбулаторий общей практики — семейной медицины.

Ключевые слова: семейная медицина, амбулатория общей практики — семейной медицины, качество медицинской помощи.

УДК 614.253+254]:35.083.53

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ТА ДОСВІД ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ РОБОТИ СІЛЬСЬКИХ АМБУЛАТОРІЙ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ / СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Шкляр С. П., Пархоменко Л. К., Шинкарёва И. М., Гарбар К. Б., Цодикова О. А.

Резюме. Розроблені методологічні підходи до вивчення якості медичної допомоги шляхом соціологічного опитування населення. Проведено вивчення та узагальнення думки пацієнтів 14 сільських районів області про якість та ефективність допомоги, яку надає персонал амбулаторій загальної практики — сімейної медицини.

Ключові слова: сімейна медицина, амбулаторія загальної практики — сімейної медицини, якість медичної допомоги.

UDC 614.253+254]:35.083.53

METHODOICAL ASPECTS of ESTIMATION and EXPERIENCE of STUDY of WORK QUALITY of RURAL OUT-PATIENT'S CLINICS of GENERAL PRACTICE / of DOMESTIC MEDICINE

Shklyar S. P., Parhomenko L. K., Shynkaryova I. M., Garbar K. B., Tsodikova O. A.

Summary. Methodological approaches to study of medical care quality by sociological public opinion poll are developed. Investigation and generalization of patients' opinions about quality and efficiency of medical services rendered by personnel of out-patient's clinics of general practice are conducted in 14 rural districts of Kharkiv Region.

Key words: family medicine, ambulatory of general practice / family medicine, medical care quality.

Стаття надійшла 27.08.2010 р.