

ЯКІСТЬ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: МЕТОДОЛОГІЧНІ, МЕТОДИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ МОНІТОРИНГУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Дослідження виконано у межах НДР Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України: кафедри сімейної медицини, народної та нетрадиційної медицини, санології (зав. – проф. Шкляр С. П.) «Розробка, апробація та впровадження доказових технологій оцінки ефективності комплексного лікування» (2009-2013 р.).

Вступ. Незадовільно низький рівень якості медичної допомоги населенню, особливо такої, що надається закладами охорони здоров'я у сільській місцевості, 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 [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, 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.

Об'єкт і 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 організовані в складі центральних районних лікарень. Вивчення факторів доступності та ресурсного забезпечення виконано в динаміці реформвання ПМСД області – на етапах моніторингу (I етап – 2002 р.; II – 2007 р.; III – 2012 р.) зазначених АСЛ та за спеціальною програмою, що відповідає затвердженим МОЗ України методичним рекомендаціям [3, 13]. 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 $p \leq 0,05$ [9, 12].

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.

Серед реформованих закладів I-ї групи – стабільно більш висока ($p \leq 0,05$; у порівнянні з II та III групою) 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.

В 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±3,1)% до 100% закладів ЗПСМ обслуговують не більше 600 осіб дитячого населення і лише на двох дільницях – (3,1±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±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±3,6)% закладів ЗПСМ. В першій групі АСЛ достовірно зросла кількість денних стаціонарів з (17,1±5,9)% до (78,0±6,5)% закладів, причому як з потужністю понад 10 ліжок (відповідно з (2,4±2,4)% до (34,1±7,4)% закладів; $p \leq 0,001$), так і з потужністю 5-10 ліжок (відповідно з (14,6±5,5)% до (43,9±7,8)% закладів; $p \leq 0,01$). І лише у 9 АСЛ (22,0±6,5% закладів) денні стаціонари відсутні.

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±3,5)% у 2002 р. до (39,0±4,4)% у 2012 р. та питома вага стаціонарів з потужністю понад 5-10 ліжок (з (20,3±3,6)% у 2002 р. до (40,7±4,4)% у 2012 р.; при цьому практично втричі (з (61,0±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 мприйняття 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 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. 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.

За результатами аналізу отриманих на різних етапах моніторингу соціометричних даних, з'ясовано що рівень задоволеності населення доступністю медичної допомоги достовірно ($p \leq 0,05$) зростає 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)%). 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 зростає 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.

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). Вцілому, підвищення якості ПМСД сільському населенню області відбувалося 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.

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.

Література

1. Гойда Н. Г. Стан і проблема обслуговування сільського населення України / Н. Г. Гойда, О. М. Ціборовський, В. І. Польшченко [та ін.] // Стан здоров'я населення України та діяльності медичної галузі. – Київ, 2001. – С. 260-273.
2. Зіменковський А. Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні / А. Б. Зіменковський // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2003. – С. 42-45.
3. Кравченко І. М. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги на первинному рівні / І. М. Кравченко, В. І. Поцелуєв, Б. А. Рогожин [та ін.] // Методичні рекомендації МОЗ України. – Київ, 2012. – 16 с.
4. Лехан В. М. Організація роботи лікаря загальної практики / В. М. Лехан. – Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2002. – 367 с.
5. Носиков А. Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья / А. Носиков, К. Гудекс // EUROHIS: ГУ «Национальный НИИ общественного здоровья РАМН». – 2005. – 193 с.
6. 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. Охалкіна // Таврический медико-биологический вестник. – 2006. – Т. 9, № 2. – С. 126.
10. Хвисюк М. І. Виявляємість патології та захворюваність населення сільських районів на території обслуговування сімейними лікарями / М. І. Хвисюк, В. Г. Марченко, А. Ф. Короп [та ін.] // Сімейна медицина. – 2011. – № 3. – С. 29-30.
11. Шинкарьова І. М. Якість первинної медико-санітарної допомоги: оцінка пацієнтами / І. М. Шинкарьова // 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". – Rybachyе, 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 [та ін.] // Методичні рекомендації МОЗ України. – Київ, 2012. – 16 с.

УДК 616. 38-083. 53

ЯКІСТЬ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: МЕТОДОЛОГІЧНІ, МЕТОДИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ МОНІТОРИНГУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Сергеева О. Ю.

Резюме. На основі десятирічного моніторингу 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.

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

УДК 616. 38-083. 53

КАЧЕСТВО РАБОТЫ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ, МЕТОДИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Сергеева О. Ю.

Резюме. На основе десятилетнего мониторинга учреждений общей практики- семейной медицины сельской местности, выявлено, что повышение качества помощи осуществлено за счёт: комплектации диагностическим оборудованием, достоверным увеличением количества и мощности дневных стационаров, улучшения доступности учреждений. Получены данные относительно динамики ресурсообеспечения амбулаторий.

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

UDC 616. 38-083. 53

Performance Family Doctor: Methodological, Methodic and Practical Aspects of Monitoring of Primary Health Care

Serheieva O. Yu.

Abstract. *The purpose* of an investigation was to study changes in availability and resource provision of ambulatory of family physician activities that provide primary health care to rural population.

Materials and methods of an investigation. 123 general practice and family medicine institutions were involved, which provide primary health care to rural population such as – family medicine department (the first group of institutions contains family medicine department that founded on medical and obstetric centers ($n_1 = 41$), institutions of the second group ($n_2 = 50$) are produced by reorganization of medical ambulatories, institutions of the third group are produced ($n_3 = 32$) by reorganization of district hospitals or departments of general medicine that are the part of central regional hospitals. The study of availability factors and resource provision was made in dynamics of primary health care institutions reforming of region during the stages of monitoring (the first stage is – 2002; the second one is 2007; the third stage is 2012) which were noted by family medicine department and special program.

Results and their discussion. Analysis of the geographic and territorial availability of general practice and family medicine institutions (GPFM) of the first group ($n_1 = 41$) found out that during 2002-2012 the part of institutions located within the availability of 10 km significantly ($p \leq 0,05$) decreased from $(73.2 \pm 6.9) \%$ to $(41.5 \pm 7.7) \%$ and at the same time availability ($p \leq 0,05$) of such institutions within 5-10 km increased from $(24.4 \pm 6.7) \%$ to $(46.3 \pm 7.8) \%$, and the upward trend in the proportion $(12.2 \pm 5.1) \%$ of institutions with pedestrian availability was determined. The monitoring of the development of day hospitals in family medicine departments (FMD) found out that the proportion of day hospitals with a capacity of 10 beds significantly ($p \leq 0.05$) increased from $(18.7 \pm 3.5) \%$ in 2002 to $(39.0 \pm 4.4) \%$ in 2012 and the proportion of day hospitals with a capacity of more than 5-10 beds increased from $(20.3 \pm 3.6) \%$ in 2002 to $(40.7 \pm 4.4) \%$ in 2012; at that the number of FMD with no day hospital decreased almost three times (from $(61.0 \pm 4.4) \%$ to $(20.3 \pm 3.6) \%$; $p \leq 0,05$). As a whole, among the institutions of general practice and family medicine the growth in availability of diagnostic equipment in FMD has been achieved: the FMD are supplied with tools of functional diagnostics (from $(77.2 \pm 3.8) \%$ to $(95.1 \pm 1.9) \%$; $p \leq 0.05$), tools for clinical and laboratory examinations of rural population (from $(75.6 \pm 3.9) \%$ to $(86.2 \pm 3.1) \%$; $p \leq 0.05$) and glucometry (from $(75.6 \pm 3.9) \%$ to $(86.2 \pm 3.1) \%$; $p \leq 0.05$) at the expense of significantly greater (preferred) provision of departments of this group. The provision of tools to perform small surgeries is registered to grow among all groups of institutions (from $(19.5 \pm 3.6) \%$ in 2002 to $(30.1 \pm 4.0) \%$ in 2012; $p \leq 0.05$), but within all other parameters analyzed the provision was low and did not meet the regulatory requirements.

The analysis obtained at different stages of monitoring the sociometric data revealed that the level of public satisfaction with the availability of medical care was significantly ($p \leq 0.05$) rising during this period and actually increased by 10.1 %.

Conclusions. Depending on the group of GPFM institutions located in rural areas, it was found out that improving the quality of primary care in the FMD established or reformed on the basis of rural health posts was due to (rank sequence): fairly significant supplying with diagnostic equipment, significant increase in the number and facilities of day hospitals in the FMD, improving geographic and territorial availability and normalization of the total population of stations.

Improving the quality of primary care in the FMD, established or reformed on the basis of rural out-of-patient departments or local hospitals, was only due to (rank sequence) territorial and geographical availability (monitoring phase II) and the formation of the day hospitals in general practice and family medicine (monitoring phase III). In general, improving the quality of primary health care in rural areas was primarily due to FMD, reformed on the basis of rural health posts.

The data on dynamic changes that characterize the territorial and geographical availability and resource supply of general practice and family medicine institutions in rural areas was received.

Prospects for further research of monitoring the family medicine departments are in a close link with the study of the influence of the medical care growth and adequacy of diagnostic and preventive measures on the quality of primary care in the FMD.

Keywords: primary health care, quality, availability, ambulatory family doctor.

Рецензент – проф. Дудченко М. А.

Стаття надійшла 21. 08. 2014 р.