

of occupational diseases: extraction of energy-related materials (78,9), underground coal mining as to types of work (73,9) and the length of service from 20 up to 29 years (52%). It has been established that occupational diseases in Ukraine occur mainly because of technical and technological, organizational and personal reasons.

**Key words:** occupational diseases, reasons, branches, workers.

**Відомості про автора:**

**Крекотень Олена Миколаївна** – к.мед.н., доцент, кафедра соціальної медицини, Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова. Адреса: Вінниця, вул. Пирогова, 56.

**УДК 369;364**

**© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014**

***Л.Матюха, Л.Хіміон, В.Бурма\*,  
О.Маяцька, Н.Король\*\****

**АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ СОЦІОЛОГІЧНОГО  
ДОСЛІДЖЕННЯ З ОЦІНКИ ДОСТУПНОСТІ І  
ПОВНОТИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ,  
ЩО НАДАЄТЬСЯ ЛІКАРЯМИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ  
Національна медична академія післядипломної  
освіти імені П.Л. Шупика,  
\*Голландський Інститут наукових досліджень в  
сфері охорони здоров'я (NIVEL, Нідерланди),  
\*\*Представництво ВООЗ в Україні**

**Мета.** Аналіз результатів соціологічного опитування лікарів первинної ланки медичної допомоги щодо забезпечення доступності, координації, комплексності, цілісності і повноти медичної допомоги.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз результатів соціологічного дослідження, виконаного шляхом опитування лікарів первинної ланки медичної допомоги Київської і Вінницької областей щодо їх оцінки доступності, координації і повноти надання первинної медико-санітарної допомоги населенню в сільській місцевості і міських поселеннях.

**Результати.** Встановлено, що більшість лікарів ПМСД у вказаних регіонах працюють в умовах змішаної практики (близько 40%), монопрактики – 25%, при цьому в обох областях спостерігається досить значний дефіцит кадрів (його відзначили 55,1% респондентів, які працюють в сільській місцевості і 77,7% - працівників міст; 81,6% опитаних Київської області і 87,9% Вінницької вважають, що забезпечують достатній рівень доступності медичної допомоги прикріпленому населенню; в той же час продемонстрували власну низьку активність щодо навчання пацієнтів із хронічними захворюваннями (більше третини опитаних вказали, що не проводять жодних занять із групами хворих).

**Висновки.** Проведення опитувань медичних працівників із застосуванням валідованих ВООЗ анкет є ефективним інструментом для виявлення недоліків у власній діяльності лікарів, а проведення наступного аналізу анкетування дозволяє визначити чіткі організаційні та навчально-методичні заходи для оптимальної корекції вказаних недоліків.

**Ключові слова:** ВООЗ, опитування, сімейна медицина, сімейний лікар, дільничний лікар, доступність, повнота, координація.

### **ВСТУП**

За даними експертів ВООЗ, цінність певної стратегії реформування системи охорони здоров'я великою мірою залежить від тих обставин, в яких відпрацьовується ця стратегія (Kringos D.S., 2009; Boerma W.G.W., 2006, 2008; Atun R., 2004; Kelley E., Hurst J., 2006; Starfield B., 1991).

Останніми роками все більшого поширення набуває концепція доказового управління охороною здоров'я. Поступово поповнюється база наукового обґрунтування фактів про ефективні управлінські рішення при реформуванні первинної медичної допомоги. (Подолька В.Л., Слабкий Г.О., 2003; Грабовецький Б.С., 2010; Матюха Л.Ф., Лехан В.М., Гойда Н.Г., 2011). Оскільки таких даних ще недостатньо, то провідну роль відіграє порівняльний аналіз, моніторинг, соціологічні дослідження щодо сучасного стану первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), які дозволяють оцінити стан і прийняти правильні управлінські рішення з урахуванням отриманих результатів.

Важливими характеристиками процесу надання ПМСД є: доступність послуг, координація, комплексність і повнота медичної допомоги на цьому рівні.

**Метою роботи** є вивчення і аналіз соціологічного опитування лікарів первинної ланки медичної допомоги про забезпечення доступності координації, комплексності, цілісності і повноти медичної допомоги.

### **ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ**

Об'єктом дослідження була первинна медична допомога. Дослідження проведене методом анонімного письмового опитування лікарів за інструментом, розробленим ВООЗ і адаптованим до умов України. Дослідження проводилось в типових для України областях за структурою, матеріально-технічним і кадровим забезпеченням первинної медичної допомоги.

План реалізації опитування затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я № 48 від 30.01.2009 р. «Про проведення моніторингу якості первинної медико-санітарної допомоги» і реалізовано за сприяння інституту NIVEL - Нідерланди.

Опитування проводилося серед лікарів, які працювали в системі первинної медичної допомоги - роздано 299 анкет, отримано від респондентів і опрацьовано 283 анкети заповненими.

Респондентам запропоновано відповісти на запитання щодо кількості населення, яке вони обслуговують, кількості консультацій в день в амбулаторії і при виїзді додому, кількість робочих годин на тиждень, наявність вакантних посад в закладах, де працювали респонденти. Питання вивчались залежно від місця роботи лікаря (сільська місцевість і міські поселення).

Вивчались, також, питання відстані закладу ПМСД до найближчої лікарні, можливості пацієнту отримати консультацію в день звернення, у вечірні години та вихідні дні. Наступний блок стосувався доступності до окремих послуг на первинному рівні шляхом вивчення компетенцій лікаря проводити консультування конкретних груп пацієнтів (хворих на діабет, артеріальну гіпертензію, вагітних, осіб похилого віку, з планування сім'ї). Важливим для оцінки доступності є можливість лікаря користуватись медичним обладнанням, яке забезпечується нормативами.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В опитуванні взяли участь 283 лікарі, що працювали в системі первинної медичної допомоги: 142 – у Київській області, 141– у Вінницькій (табл. 1). Питома вага лікарів ЗП-СЛ становила – 85,9%, дільничних лікарів (терапевти і педіатри) - 14,1%. Більшість респондентів у Київській області були лікарями ЗП-СЛ (71,8%), у Вінницькій області – лікарі ЗП-СЛ склали 100%. Більшість опитаних лікарів (Київська область – 92,9%; Вінницька – 87,9%) працювали у сільській місцевості.

Таблиця 1

#### Розподіл лікарів-респондентів, які брали участь в опитуванні

Лікарі	Київська область (n=142)		Вінницька область (n=141)		Разом (n=283)	
	міські	сільські	міські	сільські	всього	%
ЛЗП-СЛ	7	95	17	124	243	85,9
ДЛ	3	37	–	–	40	14,1
Всього	10	132	17	124	283	100
Розподіл респондентів за віком						
ЛЗП-СЛ	39,7	45,8	47,7	48,8	44,9	
Дільничні лікарі	45,3	49,2	–	–	45,9	

Результати опитування, проведеного серед лікарів на первинному рівні медичної допомоги за напрямком доступність медичної допомоги для населення оцінювалось за відповідями на запитання про кількість населення, що обслуговувалось лікарями первинної ланки медичної допомоги, кількості консультацій на тиждень і на один робочий день, виїздів на консультацію до пацієнта, наявності вакантних посад в закладах ПМСД де працювали респонденти.

Розподіл лікарів за навантаженням представлено в табл.2. Встановлено, що кількість населення, яке обслуговувалось сімейними лікарями в Київській області, була більшою, ніж у Вінницькій. Також дільничний терапевт на Київщині обслуговував в середньому 2 770,1 ± 21,1 пацієнтів, а лікар ЗП-СЛ – 2 271,3 ± 22,0 пацієнтів. Ці показники перевищують встановлені нормативи

майже на 60%. У Вінницькій області цей показник у сімейних лікарів склав  $1\,998,2 \pm 19,0$  осіб. Встановлено, що середня кількість прикріпленого населення до лікарів-респондентів, в розрізі місто/село складала, в середньому,  $2\,636,1 \pm 40,0$  і  $2\,384,2 \pm 36,0$  в Київській області та  $1\,729,4 \pm 23$  і  $2\,033,9 \pm 18,0$  у Вінницькій (нормативне навантаження 1200 сільська місцевість і 1500 – міські поселення). Така понаднормативна кількість населення приписаного до одного лікаря вказує на серйозну нестачу персоналу в закладах ПМСД. Це припущення підтвердили 57,8% лікарів ЗП-СЛ та 67,5% дільничних лікарів Київської області і 53,9 % лікарів ЗП-СЛ Вінницької області, а також 55,1%, лікарів, які працюють в сільській місцевості, та 77,8% тих, що працюють у міських поселеннях.

Середня кількість консультацій ЛЗП-СЛ в день у Вінницькій області була більшою, ніж у Київській ( $25,2 \pm 1,0$  і  $20,6 \pm 0,8$  відповідно), але в Київській області кількість виїздів додому протягом тижня була більшою ніж у Вінницькій -  $27,1 \pm 1,2$  і  $29,6 \pm 1,4$  відповідно. Разом з тим, кількість виїздів до пацієнтів у сімейних лікарів протягом тижня була в два рази більшою ніж у дільничних лікарів -  $29,6$  і  $14,1$  відповідно.

Таблиця 2

**Розподіл лікарів первинної медико-санітарної допомоги за навантаженням**

Аспекти навантаження	Київська область (n=142)		Вінницька область (n=141)		Всього (n=283)	
	середнє	абс.	середнє	абс.	середнє	абс.
Навантаження на лікаря: ЛЗП/СЛ	$2\,270,5 \pm 21,1$	102	$1\,997,9 \pm 19,0$	141	$2\,106,0 \pm 6,6$	233
дільничні лікарі	$2\,770,0 \pm 22,0$	40	–	–	$2\,770,0 \pm 22,0$	40
Навантаження на лікаря: лікарі в міських поселеннях	$2\,640,0 \pm 40$	10	$1\,729,4 \pm 23$	17	$2\,022,2 \pm 31$	27
лікарі сільської місцевості	$2\,384,1 \pm 36$	132	$2\,033,9 \pm 18$	124	$2\,202,9 \pm 27$	240
Кількість консультацій пацієнтів на день: ЛЗП/СЛ	$20,6 \pm 0,8$	102	$25,2 \pm 1,0$	141	$23,1 \pm 1,0$	243
дільничні лікарі	$25,1 \pm 1,1$	40	–	–	$25,1 \pm 1,1$	40
Кількість консультацій пацієнтів на день: міські лікарі	$26,0 \pm 0,1$	10	$29,4 \pm 0,1$	17	$28 \pm 0,1$	27
сільські лікарі	$22,0 \pm 0,1$	132	$24,2 \pm 0,1$	124	$23 \pm 0,1$	256
Кількість виїздів додому до пацієнта, на тиждень: ЛЗП/СЛ	$29,6 \pm 1,4$	102	$27,1 \pm 1,2$	141	$24,3 \pm 1,3$	243
дільничні лікарі	$14,1 \pm 0,4$	40	–	–	$14,1 \pm 0,4$	40

## Продовження талиці

Кількість виїздів додому до пацієнта на тиждень:						
міські лікарі	24,0 ± 0,1	10	35,3 ± 0,1	17	29,6 ± 0,1	27
сільські лікарі	18,2 ± 0,1	132	25,8 ± 0,1	124	21,9 ± 0,1	256
Кількість робочих годин на тиждень:						
ЛЗП/СЛ	38,3 ± 0,7	102	40,3 ± 0,7	140	39,4 ± 0,7	242
дільничні лікарі	26,2 ± 0,6	40	–	–	26,2 ± 0,6	40
Кількість робочих годин на тиждень:						
міські лікарі	31,9 ± 0,1	10	38,3 ± 0,1	17	35,9 ± 0,1	27
сільські лікарі	35,1 ± 0,1	132	40,6 ± 0,1	123	37,7 ± 0,1	255
Кількість вакансій персоналу:						
ЛЗП/СЛ	58,8	102	75,8	141	134,9	243
дільничні лікарі	27,5	40	–	–	27,5	40
Кількість вакансій персоналу:						
міські лікарі	9,0	10	11,8	17	22,2	27
сільські лікарі	77,3	132	63,7	124	141,0	256

У Київській області середня кількість консультацій лікарів у розрізі місто/село складало  $26,7 \pm 0,1$  та  $22,1 \pm 0,1$  в день, а у Вінницькій -  $29,3 \pm 0,1$  і  $23,9 \pm 0,1$  відповідно. В Київській області консультували пацієнтів з виїздом додому більше лікарі ПМСД міських поселень, ніж лікарі сільської місцевості ( $24,2 \pm 0,1$  і  $18,1 \pm 0,1$  відповідно), така ж ситуація була і у Вінницькій ( $33,1 \pm 0,1$  і  $25,7 \pm 0,1$  відповідно).

Разом з тим лікарі міських поселень мали менше робочих годин на тиждень, ніж їх сільські колеги ( $31,9 \pm 0,1$  і  $35,1 \pm 0,1$  відповідно). Лікарі ЗП-СЛ, в середньому, працювали  $38,3 \pm 0,7$  години на тиждень в Київській області і  $40,3 \pm 0,7$  години – у Вінницькій. Разом з тим, нормативний робочий тиждень дільничних терапевтів становив 26,2 год., що вказує на перевантаження лікарів первинної ланки медичної допомоги, що є ризиком негативного впливу на якість надання медичної допомоги з одного боку і на зменшення доступності - з іншого.

Наступний блок питань стосувався фізичної доступності до отримання ПМСД. В табл. 3 представлено отримані результати. Так, 59,2% лікарів в Київській і 44,0% у Вінницькій області вказали на те, що їх заклад розташований за 5 км і більше від найближчої лікарні. Практично всі лікарі, крім трьох, вважали, що в день звернення може отримати консультацію практично кожний пацієнт (98,9%). 37,3% лікарів у Київській області і 36,2% у Вінницькій вказали на те, що вони мали прийомні години у вечірній час хоча б раз на тиждень, а 74,6% - приймають пацієнтів і у вихідні дні хоча б один раз на місяць. Про те, що пацієнти мали телефон лікаря ПМСД і могли б зателефонувати йому в неробочий час повідомили 81,6% лікарів-респондентів Київщини і 87,9% Вінничини.

Комплексність і повнота допомоги оцінювалась за аналізом відповідей щодо роботи лікаря з групами населення з первинної і вторинної профілактики, який показав, що 73,3% лікарів працювали з диспансерною групою пацієнтів хворих на цукровий діабет, 67,5% - з артеріальною гіпертензією. 77,3% респондентів працювали з вагітними, 55,5% - з питань планування сім'ї і репродуктивного здоров'я. Менше лікарів (30,4%) займались профілактичними програмами з пацієнтами похилого віку. Жодних занять для конкретних груп пацієнтів не проводили 37,5% лікарів ПМСД. Ця цифра є досить суттєвою і може вказувати на зменшення повноти і комплексності допомоги, а також і доступності до цих видів послуг різним категоріям пацієнтів. Таким чином відбувається відтік таких пацієнтів на вищі рівні медичної допомоги, де теж профілактичними заходами лікар – спеціаліст практично не займається. Отже, така важлива послуга, як консультування з питань навчання і з питань попередження захворювань або попередження загострень практично не надавалась 40% лікарів ПМСД.

Таблиця 3

**Розподіл респондентів за їх відповідями щодо фізичної доступності пацієнтів до послуг лікаря первинної медико-санітарної допомоги**

Показники доступу послуг до пацієнтів	Київська область (n=142)		Вінницька область (n=141)		Всього (n=283)	
	%	абс.	%	абс.	%	абс.
Заклад розташований за 5 км чи більше від найближчої лікарні	59,2	84	44,0	62	51,6	146
Отримати консультацію у день звернення можна	98,6	140	100,0	141	98,9	280
Прийомні години у вечірній час хоча б раз на тиждень	37,3	53	36,2	51	36,0	102
Прийомні години у вихідні хоча б раз на місяць	76,1	108	73,0	103	74,6	209
У пацієнтів є номер телефону лікаря для дзвінків у час, коли медичний заклад чинний	81,6	116	87,9	124	85,2	241
Заняття для конкретних груп пацієнтів						
для пацієнтів хворих на діабет	64,1	91	82,3	116	73,3	207
для пацієнтів хворих на гіпертензію	66,2	94	68,8	97	67,5	191
для пацієнтів з планування сім'ї	35,9	51	75,2	106	55,5	157
для вагітних жінок	71,1	101	83,0	117	77,3	218
для людей похилого віку	31,0	44	29,8	42	30,4	86
для інших груп	1,4	2	6,4	9	3,9	11
Жодних занять для конкретних груп пацієнтів	38,7	55	36,2	51	37,5	106

Наступний блок питань стосувався визначення координації і комплексності допомоги. Для її забезпечення важливим є збереження цілісності такої допомоги. В табл. 4 представлено види лікарських практик в Київській і Вінницькій областях.

**Таблиця 4**

**Розподіл моделей лікарських практик в Київській і  
Вінницькій областях**

Модель практики	Київська область (n=142)	Вінницька область (n=141)	Всього (n=283)
	%	%	%
Монопрактика	23,5	21,2	21,9
Два лікаря ПМСД	23,5	30,2	17,0
Три і більше лікарів ПМСД	14,1	14,9	15,1
Лікарі ПМСД і спеціалісти	38,9	31,9	36,0

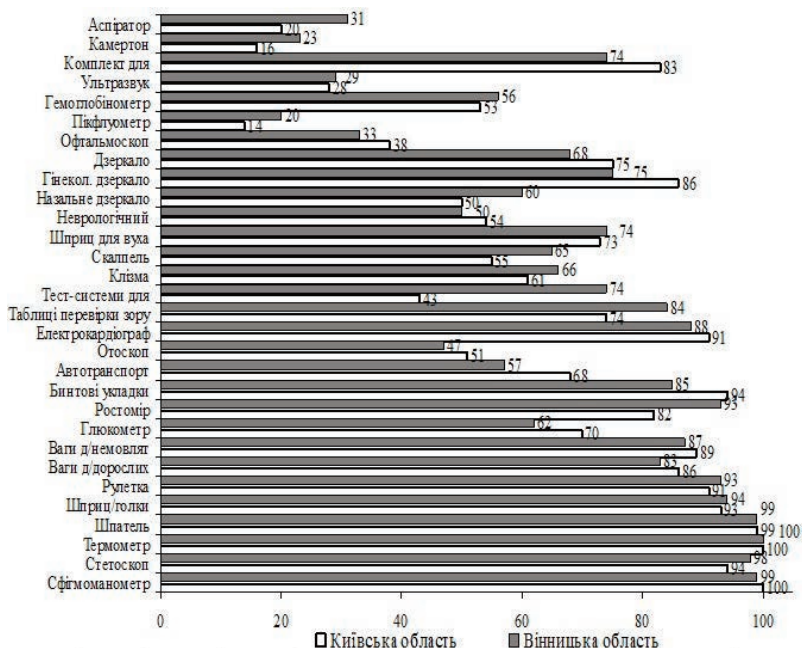
Як видно з табл. 4, 23,5% респондентів-лікарів ПМСД Київської та 21,2% – Вінницької області працювали в умовах монопрактики. За моделлю групової практики (три і більше лікарів ПМСД в одному закладі) працювали 14,1% респондентів в Київській та 14,9% – у Вінницькій області.

В Київській області – 23,5% респондентів працювали за моделлю - по два лікарів в закладі, а у Вінницькій – 30,2%. 38,9% респондентів в Київській і 31,9% у Вінницькій вказали на наявність змішаної практики (лікарі ПМСД в одній команді зі спеціалістами).

Лише половина лікарів у Вінницькій області (50,4%) працювали в одній команді з дільничною медсестрою, у Київській області цей показник становив 80,3% серед опитаних. Отже, всього в двох областях лише 65,0% респондентів вказали на те, що з ними в одній команді працювали дільничні медсестри, що вказує на недостатність середнього медичного персоналу в цих закладах.

Респонденти у Київській області працювали в одній команді з акушерками і фельдшерами достовірно частіше ( $p \leq 0,05$ ), ніж у Вінницькій. Більше половини респондентів в Київській області (56,3%) вказали на відсутність в команді молодшої медсестри (санітарки). Цей показник на Вінничині становив 49,1%.

Від умов роботи лікарів ПМСД, оснащення робочого місця, вміння виконати практичний навик згідно кваліфікаційної характеристики, залежить повнота надання допомоги на первинному рівні. Лікарів попросили назвати наявні у них предмети обладнання зі списку в тридцять позицій, що входять до таблицю оснащення. На рисунку показано наявність медичного обладнання в закладах ПМСД в розрізі областей.



**Рис. Розподіл респондентів за кількістю доступного у закладі медичного обладнання, (%)**

У Київській області (практично) всім сімейним лікарям (>90,9%) виявилися доступними 8 предметів обладнання, у Вінницькій – 7 предметів. Це свідчило про однаково незадовільну оснащеність закладів ПМСД медичним обладнанням в обох областях і її невідповідність таблицю оснащення.

В табл. 5 представлено доступність предметів медичного обладнання респондентам – лікарям ПМСД міських поселень і сільської місцевості.

**Таблиця 5**

**Розподіл лікарів-респондентів за кількістю предметів обладнання, доступних лікарям первинної медико-санітарної допомоги, місто/село**

Кількість предметів обладнання	Міські лікарі (n=40)		Сільські лікарі (n=243)		Всього (n=283)	
	всього	%	всього	%	всього	%
15 або менше	19	47,5	34	14,0	53	18,7
16–20	10	25,0	66	27,1	76	26,9
21–25	9	22,5	92	37,9	101	35,7
26–30	2	5,0	51	21,0	53	18,7
<b>ВСЬОГО</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>243</b>	<b>100</b>	<b>283</b>	<b>100</b>
Середня кількість предметів на лікаря (зі списку на 30 пунктів)	16,6±7,7		20,9±9,1		20,5±8,9	



За даними табл. 5, сільські лікарі мають краще устаткування, ніж міські, в середньому  $20,9 \pm 7,7$  та  $16,6 \pm 9,1$  відповідно. Серед сільських лікарів 22,1% вказали на достатній і 14,3% – на дуже низький рівень забезпечення обладнанням. 47% лікарів ПМСД в містах і 14,0% в сільській місцевості мають на робочому місці 15 і менше предметів медичного обладнання. 26-30 предметів медичного обладнання доступні 21,0% лікарям з сільської місцевості та лише 5,0% – лікарів міських поселень.

Це може свідчити про те, що вторинна допомога перебирає на себе функції первинної у зв'язку з неможливістю надання необхідних послуг первинним рівнем при відсутності необхідного обладнання.

### **ВИСНОВКИ**

1. За оцінкою лікарів Київської і Вінницької областей, вони мали понад-нормативне навантаження, яке перевищує 60%. Лікарі в міських поселеннях при наднормативному навантаженні стосовно кількості прикріпленого населення, мали менше робочих годин на тиждень, ніж сільські лікарі (31,9 і 35,1 відповідно).

2. Робочий тиждень сімейних лікарів порівняно з дільничними був на 12,1 годин довшим (26,2 та 38,3 год. відповідно).

3. Має місце наявність вакантних посад лікарів ПМСД в сільській місцевості (55,1% респондентів) і у міських поселеннях (77,7%).

4. 74,6% респондентів проводили консультативний прийом щонайменше один раз на тиждень і 36,7% - у вихідні дні та у вечірні години.

5. Більшість опитаних лікарів вважали (81,6% респондентів Київщини і 87,9% Вінниччини), що вони забезпечують достатню доступність медичної допомоги для пацієнтів в неробочі години і дні, оскільки пацієнти інформовані про їх приватний телефон за яким можуть подзвонити з питань проблем зі здоров'ям.

6. 38,7% лікарів ПМСД в Київській області і 36,1% у Вінницькій не проводили жодних занять з групами пацієнтів стосовно медичних потреб.

7. За моделлю групової практики (більше двох лікарів) працювали близько 14% лікарів ПМСД, близько 25% – в умовах монопрактики, така ж кількість лікарів працювала в закладі де в команді два лікаря, 30-40% лікарів працювали за моделлю змішаної практики (лікарі ПМСД і спеціалісти).

8. За оцінкою лікарів оснащення практик первинного рівня медичної допомоги є незадовільним, разом з тим, лікарі сільської місцевості мали краще устаткування ( $20,9 \pm 7,7$  предметів з 30), ніж в містах ( $16,6 \pm 9,1$  предметів).

### **Література**

1. Подоляка В.Л. Отношение врачей крупного промышленного города, работающих в стационарных учреждениях, к повышению качества и эффективности медицинской помощи (по данным медико-социологического исследования) / В.Л. Подоляка., Г.О. Слабкий // Укр. мед. альманах. – 2003. - № 6 (4). – С. 110 – 112.

2. Грабовецький Б.Є. Методи експертних оцінок: теорія, методологія, напрямки використання: монографія / Б.Є. Грабовецький. – Вінниця: ВНТУ, 2010. – 171 с.

3. Матюха Л.Ф., Лехан В.М., Гойда Н.Г. та ін. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях. / Л.Ф. Матюха, В.М. Лехан, Н.Г. Гойда та ін. Метод. рекомендації, К., – 2011. – 43 с.
4. Boerma W. G. W. Mapping primary care across Europe / W. G. W. Boerma, C. A. Dubois // Primary care in the driver's seat? : organizational reform in European primary care / ed. by R. Saltman, A. Rico, W. G. W. Boerma. – Maidenhead, England; New York: Open University Press, 2006. – P. 22–49.
5. Boerma W.G.W. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. / WGW Boerma // Utrecht, NIVEL, 2003 (<http://www.nivel.nl/pdf/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>, accessed 5 September 2008).
6. Kringos D.S. Evaluation of the organizational model of primary care in the Russian Federation: a survey-based pilot project in two districts in the Moscow Region / D.S. Kringos // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
7. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? / R. Atun // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>, accessed 9 February 2007).
8. Kelley E. Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. / E. Kelley, J. Hurst // Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (OECD Health Working papers no. 23; <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>, accessed 8 September 2008).
9. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. / B. Starfield // Journal of the American Medical Association. - 1991.-Vol. 266. P. 2268–2271.

**Л.Ф.Матюха, Л.В.Химион, В.Бурма, О.В.Маяцкая, Н.В.Король**  
**Анализ результатов социологического исследования оценки**  
**доступности и полноты первичной медицинской помощи**  
**оказываемой врачами первичного звена**

**Национальная медицинская академия последипломного**  
**образования имени П.Л. Шупика,**  
**Институт NIVEL (Нидерланды),**  
**Представительство ВОЗ в Украине**

**Цель.** Анализ результатов социологического опроса врачей первичного звена медицинской помощи об обеспечении доступности, координации, комплексности, целостности и полноты медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов социологического исследования, выполненного путем опроса врачей первичного звена медицинской помощи Киевской и Винницкой областей относительно их оценки доступности, координации и полноты обеспечения первичной медико-санитарной помощи (ПСМП) населению на селе и в городских поселениях.

**Результаты.** Установлено, что большинство врачей ПМСП в указанных регионах работают в условиях смешанной практики (около 40%), монопрактики – 25%, при этом в обеих областях наблюдается довольно значительный дефицит кадров (его отметили 55,1% респондентов, работающих на селе и 77,7% - городских работников; 81,6% опрошенных Киевской области и 87,9% Винницкой считают, что обеспечивают достаточный уровень доступности медицинской помощи прикрепленному населению; в то же время продемонстрировав низкую собственную активность в отношении обучения пациентов с хроническими заболеваниями (более трети опрошенных указали, что не проводят никаких занятий с группами больных).

**Выводы.** Проведение опроса медицинских работников с использованием валидированных ВОЗ анкет является эффективным инструментом для выявления недостатков в собственной деятельности врачей; а проведение последующего анализа анкетирования позволяет определить четкие организационные и учебно-методические действия для оптимальной коррекции указанных недостатков.

**Ключевые слова:** ВОЗ, опрос, семейная медицина, семейный врач, участковый врач, доступность, полнота, координация.

*L.Matyukha, L.Khimion, W.Boerma, O.Mayatskaya, N. Korol*

**Analysis of the sociological survey results to evaluate the availability and comprehensiveness of the primary medical care**

**Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,  
NIVEL Institute (Netherlands),**

**WHO Representative office in Ukraine**

**Aim.** To analyze the results of the primary medical care physicians sociological questioning regarding their perception of the availability, coordination and comprehensiveness of the primary health care.

**Materials and methods.** The results of the primary medical care physicians sociological questioning in Kyiv and Vinnytsa region regarding their perception of the availability, coordination and comprehensiveness of the primary health care in the rural and urban areas have been analyzed.

**Results.** The majority of primary care physicians of the mentioned regions are shown to work in mixed practices (about 40%), single practices – 25% and there is a significant personnel shortage in the two regions (it was accounted by 55,1% of the responders in the rural areas and by 77,7% - in the cities; 81,9% of the responders in Kyiv region and 87,9% - in Vinnytsa region recon that they provide sufficient level of the medical care availability to the population; at the same time the doctors demonstrated the low level of their own activity concerning the patients education (more than one third of the responders informed that they never performed education in patients groups).

**Conclusions.** The sociological questioning of the medical personnel with the use of the WHO validated questionnaires is an effective instrument which helps to identify the defects in doctors practice. The further analysis can define the methods for the defects correction.

**Key words:** WHO, survey, family medicine, family doctor, district doctor, availability, comprehensiveness, coordination.

**Відомості про авторів:**

**Матюха Лариса Федорівна** – зав. кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Сакаганського, 100, тел.: (044) 288-10-34

**Хіміон Людмила Вікторівна** - зав. кафедри сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Багуетівська, 1, тел.: (044) 483-04-35.

**Вінке Бурма** – професор інституту NIVEL. Нідерланди.

**Маяцька Оксана Віталіївна** – асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Сакаганського, 100.

**Король Наталія Володимирівна** – спеціаліст з питань неінфекційних захворювань бюро ВООЗ в Україні.

**УДК 369;364**

**© Н.М.ОРЛОВА, В.І.БУГРО, 2014**  
*Н.М.Орлова, В.І.Бугро*

**ЗАГАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА РЕГІОНАЛЬНІ  
ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ НАСЕЛЕННЯ  
УКРАЇНИ СТАЦІОНАРНОЮ  
МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ**

**Національна медична академія післядипломної  
освіти імені П.Л. Шупика**

**Вступ.** Стаціонарна медична допомога посідає особливе місце в системі охорони здоров'я України як найбільш ресурсоемкий її сектор. Це потребує вдосконалення організації даного виду допомоги на основі динамічного і просторового аналізу забезпеченості населення стаціонарною допомогою та ефективності використання ліжкового фонду у лікарняних закладах.

**Методи.** Даний аналіз здійснено за матеріалами державних форм статистичної звітності (ф. 20, ф. 47, зведених по Україні та у розрізі її регіонів – адміністративно-територіальних одиниць). У дослідженні використані методи динамічного, варіаційного та кореляційного аналізу. Для статистичної характеристики територіальної диференціації показників розраховані коефіцієнти регіональної варіації (КРВ) та регіональної асиметрії (КРА).

**Результати.** Встановлено, що впродовж 2000-2012 років мережа лікарняних закладів скоротилась в Україні на 34,7%, а їх ліжковий фонд на 14,9%.