

© Р.Ю. Погоріляк, 2015

УДК 614.2:574

Р.Ю. ПОГОРІЛЯК

*Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра громадського здоров'я, Ужгород***ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ТА ДОСТУПНОСТІ НАДАННЯ ВТОРИННОЇ ТА ТРЕТИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**

На прикладі Закарпатської області проведена оцінка якості та доступності медичної допомоги населенню на регіональному рівні, використовуючи індикатори якості. Встановлено різнонаправлену тенденцію показників.

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

Вступ. Зміни в економіці країни, які відбуваються в останні роки, привели до створення нових умов, в яких доводиться функціонувати закладам охорони здоров'я. Певних змін зазнали джерела та обсяги фінансування, розвивається система медичного страхування, разом з якою ввійшли такі поняття, як товарно-грошові відносини, угоди. Пацієнт тепер не просто хворий, а й споживач медичних послуг [4].

Оскільки медичні послуги під час ринкових відносин стають товаром, вони, як і будь-який товар, мають споживацькі властивості, однією з яких є якість. Якісною медичною послугою вважається та, яка відповідає досягненням сучасної науки та передовій практиці, позитивно впливає на здоров'я пацієнта та задовольняє його потреби [2, 3].

Якісне медичне обслуговування – це обслуговування, заради якого ресурси організуються таким чином, щоб максимально ефективно і безпечно задовольняти потреби тих, хто потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без зайвих витрат, відповідно до вимог та можливостей сучасного рівня розвитку науки [1].

Оцінка якості медичних послуг проводиться у відповідності до індикаторів, встановлених наказом МОЗ України від 02.11.2011 року № 743. Відповідно до наказу, індикаторами вторинної та третинної медичної допомоги є: летальність у стаціонарах, післяопераційна летальність та показники роботи ліжка.

Мета дослідження. Провести оцінку якості та доступності вторинної та третинної медичної допомоги населенню Закарпатської області у відповідності до індикаторів.

Матеріали та методи. Матеріалами та інформаційною основою дослідження стали звіти форми № 20 та № 21 за 1995-2010 рр. Результати отримані за допомогою теоретичних методів (аналізу та узагальнення, систематизації та моделювання), емпіричних методів (соціологічних, обсерваційних, праксиметричних та експертних оцінок), а також статистичних методів (варіа-

ційної та альтернативної статистики, кореляційного аналізу).

Результати досліджень та їх обговорення. Основними орієнтирами структурних перетворень у сфері охорони здоров'я є висока якість, доступність та рівність у питаннях отримання вторинної та спеціалізованої медичної допомоги для різних верств населення незалежно від місця проживання. Ці вимоги мають оптимізувати систему медичної допомоги, ефективно використовувати кадрові, фінансові та матеріально-технічні ресурси і оптимально розподіляти обсяги медичної допомоги між закладами охорони здоров'я різних рівнів з метою надання якісної медичної допомоги.

Загальна кількість лікарняних ліжок у досліджуваному регіоні станом на 01.01.2011 рік – 9687, що становить 78,0 на 10 тис. населення, що порівняно із 1995 р. (13455) менше на 3768 ліжок (менше на 11,7% порівняно із 1995 р.). В Україні даний показник є значно вищим за загальноєвропейський (55,0) і дорівнює 87,7. Слід відзначити, що в районах Закарпатської області спостерігається нерівномірний розподіл показників забезпечення населення лікарняними ліжками. Протягом усього періоду спостереження найвищим показник був у гірській зоні (зменшився на 21,6%), а найнижчим – у низинній зоні, який також знизився на 29,0 %.

Найбільшу частку лікарняних ліжок впродовж 1995–2010 років становлять терапевтичні. Характерним є зростання питомої ваги кардіологічних ліжок (на 10,8%), решта ліжок мають тенденцію до зниження, особливо гінекологічні (зменшення в 2,8 рази), дерматологічні (зменшення на 44,4%), терапевтичні (зменшення на 34,1%) тощо.

Аналіз динаміки показників використання ліжкового фонду лікувально-профілактичних закладів протягом 1995–2010 років вказав на зростання середнього числа днів зайнятості (роботи) ліжка протягом 1995–2005 років. Проте, починаючи із 2006 року, тривалість середньорічної зайнятості ліжка зменшилася на 6,6%, що

свідчить про нераціональне використання ресурсів області. Аналогічною є динаміка в розрізі всіх трьох біогеохімічних зон Закарпатської області, причому в гірській зоні середнє число днів роботи ліжка є найнижчим.

Перебування хворих на ліжку – це один із вагомих показників оцінювання діагностичної та лікувальної роботи спеціалістів стаціонарних відділень лікувально-профілактичних закладів. У 2010 році в середньому тривалість перебування хворого в лікарні по Україні становила 12,3 дня, в досліджуваному регіоні – 12,5 дня, а в ЄС – 9,0 дня. Незважаючи на позитивну динаміку даного показника (зменшення на 38,4%) в регіоні досліджування, протягом 1995–2010 рр. він залишався вищим за національний та значно вищим за загальноєвропейський, тому можна зробити висновок про більшу затрату часу на діагностику захворювань і про недостатнє застосування новітніх технологій у лікувальному процесі та неефективне використання ліжкового фонду у стаціонарах.

Якість амбулаторно-поліклінічної допомоги певною мірою характеризується рівнем госпіталізації. Аналіз показників рівня госпіталізації населення на 100 осіб свідчить про зростання частоти госпіталізації серед всього населення на 12,3% протягом досліджуваного періоду, а серед дитячого населення – на 36,4%. Середній рівень госпіталізації серед міського населення є вищий, ніж серед сільського, проте загалом в регіоні спостереження показник є нижчим за узагальнений по Україні. Однією з причин високого рівня госпіталізації є необґрунтована госпіталізація, яка впливає на показники кількості днів роботи ліжка, середнього перебування хворого на ліжку, госпіталізації хворих, а також на динаміку показників забезпечення населення стаціонарними ліжками.

Важливими індикаторами оцінки якості медичної допомоги є рівень летальності та післяопераційна летальність.

Протягом 1995–2010 років спостерігається зростання рівня летальності в стаціонарах лікувально-профілактичних установ Закарпатської області на 4,2%, що опосередковано може свідчити про недостатнє медичне забезпечення на догоспітальному етапі. Основними причинами летальності є хвороби системи кровообігу, новоутворення та хвороби органів травлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Кардаш В.Е. Управлінський облік і якість роботи лікувально—профілактичного закладу / В.Е. Кардаш, Е.Ц. Ясинська, М.І. Грицюк [та ін.] // 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

Що стосується районного розподілу показника летальності, то характерним є переважання його рівня у низинній зоні, що може бути обумовлено концентрацією важко хворих у закладах спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, які розташовані саме в низинних районах. Крім того, відзначається зростання даного показника у всіх трьох біогеохімічних зонах досліджуваної області (у низинній – на 36,5%, передгірській – на 4,3%, гірській – на 16,7%).

Аналізуючи дані показника післяопераційної летальності, можна зробити висновок, що його величина впродовж 1995–2000 років зменшилася на 44,7%, а вже протягом останніх десяти років (2000–2010 рр.) – залишається майже незмінною (0,37–0,38 на 100 мешканців).

Основною причиною післяопераційної летальності є хвороби органів травлення та черевної порожнини, які в структурі займають майже 50%. Їх питома вага має різнонаправлений характер і коливається від 38,0% у 2005 році до 44,4% у 2000 році. Друге місце займає післяопераційна летальність після операцій на кістково-м'язовій системі (18,6% – у 2010 р.) та нервовій системі, а саме – на головному мозку (16,3% – у 2010 р.)

Висновки. 1. Незважаючи на позитивну тенденцію показників роботи ліжка (зменшення середньої тривалості перебування хворого в стаціонарі, зростання середнього числа зайнятості ліжка тощо), вони є значно вищими за загальноєвропейські і свідчать про недостатньо ефективне використання ліжкового фонду та нераціональне використання ресурсів області. 2. Характерним є високий рівень госпіталізації з тенденцією до зростання. 3. Рівень летальності в стаціонарах зріс на 4,2%, в основному у низинній зоні. Основними причинами летальності були хвороби системи кровообігу, новоутворення та хвороби органів травлення. Частота післяопераційної летальності зменшилася на 45,0%. Основною її причиною є хвороби органів травлення та черевної порожнини.

Вивчення якості та доступності медичної допомоги, виявлення основних причин її зниження має принципове значення для удосконалення функціонування галузі охорони здоров'я та розробки регіональних програм та заходів підвищення якості та доступності медичної допомоги.

3. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році. Результати дослідження, проведені Державним комітетом статистики України [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

4. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України: [гол. ред. Москаленко В. та ін]. — К., 2011. — 439 с.

R.Yu. POHORILIAK

Uzhhorod National University, Faculty of Postgraduate Education, Department of Public Health, Uzhhorod

DESCRIPTION OF THE QUALITY AND AVAILABILITY OF SECONDARY AND TERTIARY MEDICAL CARE AT REGIONAL LEVEL

The authors of the example of the Transcarpathian region, assess the quality and accessibility of health care at the regional level, using quality indicators. Found mixed trend indicators.

Key words: quality indicators, quality of medical care, access to medical care

Стаття надійшла до редакції: