

УДК 614.2:616-039.71

Августинович Я.І.

## Оцінка населенням первинної медико-соціальної допомоги на рівні об'єднаних територіальних громад

КНП ВРР Васильківський РЦПМСД, м. Васильків, Київська область

Актуальність роботи визначається потребою в оцінці задоволеності та доступності ПМСД України на сучасному етапі децентралізації із адміністративно-територіальними перетвореннями та втіленням в практику принципів її реформування. Зазначене склало мету дослідження з тим, щоб виявити резерви її удосконалення на рівні створення об'єднаних територіальних громад. Проведене соціологічне опитування 410 осіб із числа пацієнтів (250) та здорових (160). Діяльність амбулаторно-поліклінічної допомоги характеризувалась за кваліфікаційним, організаційним та інформаційним факторами за 7-бальною шкалою. За кожним з них простежені особливості в розрізі різних верств населення. На тлі достатньої задоволеності викристалізовується її спадна поступова тенденція за перерахованими компонентами ( $6,1 \pm 0,3$ ;  $5,1 \pm 0,2$  та  $4,8 \pm 0,2$  бали). Відсоток чоловіків, незадоволених кваліфікаційним та інформаційним факторами, достовірно більший за жінок, організаційним – кожен п'ятий, четвертий відповідно. Жителі сільської місцевості – чоловіки частіше незадоволені усіма трьома факторами, а в міській – жінки. Показники задоволеності вірогідно знижуються із рівнем освіти і зростають з віком. Виявлені причини незадоволеності за окремими факторами, серед яких виділяється інформаційно-просвітницька робота. Наслідком чого можна вважати висловлену підтримку створенню об'єднаних територіальних громад у 69,3%, а медичної реформи – 62,7% опитаних.

Виявлені проблемні питання, вирішення яких сприятиме наданню якісних очікуваних медичних послуг населенням України. За ними мотивується також потреба в удосконаленні моделі ПМСД.

**Ключові слова:** амбулаторна допомога, кваліфікаційний, організаційний, інформаційний фактори, пацієнти, здорові особи, опитування.

### Вступ

Висока якість очікуваної медичної допомоги поряд із підпорядкуванням соціально-економічним факторам, що впливають на здоров'я населення, суттєво залежить від її організації. До основних критеріїв оцінки системи охорони здоров'я відноситься ступінь задоволеності населенням наданими медичними послугами або «чуйності системи» до його потреб [1, 2]. Вагоме значення має доступність медичної допомоги, для якої характерною є можливість споживачу отримати допомогу, якої він потребує в той час і в тому місці в належному об'ємі [3, 4]. Не повна відповідність зазначених положень існуючим реаліям була врахована при розробці концептуальних принципів, закладених в основу заходів щодо реформування галузі. Головним інструментом по забезпеченню втілення на практиці управлінських рішень є стан організації діяльності закладів охорони здоров'я. На сьогодні він потребує удосконалення вже існуючих та пошуку нових форм суспільством в цілому з питань медицини. Їх вимагають й зростаючі інформативні потоки, до їх спонукає зростаючий рівень знань пацієнтів, а також впровадження високотехнологічних засобів як діагностики та лікування, так й сучасних інформаційно-комунікаційних систем [5]. Передусім це стосується первинної медико-соціальної допомоги (ПМСД), від модернізації якої на сучасному етапі залежить ефективність та прогресивний розвиток галузі в цілому. Ефективне ініціювання прийняття

оптимальних адекватних організаційних рішень можливе із урахуванням особливостей природно-економічних умов і ресурсного рівня забезпечення конкретної території. Зазначене положення має не аби якого значення при децентралізації, яка набуває поширення [6, 7]. Ситуація, що склалася в результаті територіальних перетворень та змін, пов'язаних із реформуванням системи охорони здоров'я на первинному її рівні, вимагає аналізу тенденцій, що відбулися за таких умов. Одним із напрямків їх виявлення є вивчення громадської думки. Тобто, саме від результатів діалогу із безпосереднім споживачем медичних послуг, аналізу їх точок зору на хід процесу залежить подальший розвиток програм та ефективність їх втілення в життя [8].

Зазначене мотивувало дану роботу і обумовило її **мету**: вивчити ставлення населення до сучасних перетворень і виявити ресурси покращення надання первинної медико-санітарної допомоги.

### Об'єкт і методи дослідження

Робота виконана на базі Комунальних некомерційних підприємств: Васильківської районної ради «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» та Фастівської районної ради «Фастівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги». В дослідженні приймали участь 410 респондентів, 250 із їх числа були пацієнтами, які з різних причин звернулися за амбулаторно-поліклінічною

допомогою та 160 здорових осіб, діти яких також їй потребували. Серед них переважали міські жителі (63,8±4,2%) та жінки (68,5±4,1%). В повіковій структурі більшість – до 40 років (49,5±4,3%), у віці 50–59 років – 39,3±4,5%, ≥60 років – 11,3±2,8%. Молодшими за складом виявилися міські жителі (до 40 років – 56,3±3,9% проти 38,0±5,0% – сільських), тоді як серед сільських, навпаки – у віці 40–59 років було 50,0±5,2% проти 33,6±3,7% – міських. За рівнем освіти середню загальну мали 16,8±2,3% опитаних, середню спеціальну – 44,8±3,1%, вищу – 38,4±3,0%. За професійним станом найбільша питома вага припадала на службовців (28,8±2,8%) та робітників (23,2±2,6%), решта по 16,0±2,3% – на підприємців, безробітних та пенсіонерів. За сімейним станом представлені дві групи: сімейні (76,0%) – які перебували в цивільному (12,0%) та офіційному (64,0%) шлюбі та одинокі (24,0%) – холості (11,2%), вдові (8,0%) та розлучені (4,8%). Зазначимо, що 40,6±3,8% із здорових осіб, середній вік яких 32,3±5,2 роки, супроводжували до лікарні дітей до 7 років, 38,8±3,8% – 7–14 та 20,6±3,1% – підлітків.

Формат представлених даних  $M \pm m$ . Достовірність відмінностей порівнюваних параметрів визначалась за критерієм Ст'юдента.

### Результати дослідження та їх обговорення

За даними аналітико-синтетичного аналізу анкет виявлено рівень задоволеності пацієнтами амбулаторно-

поліклінічною допомогою за кваліфікаційним, організаційним, інформаційним факторами, що виступають основною компонентою оцінки її діяльності, за 7-бальною шкалою. Як видно із таблиці, за усередненими значеннями показників (6,1±0,3; 5,1±0,2 та 4,8±0,2 бали відповідно по кваліфікаційному, організаційному та інформаційному факторам) населення демонструє задоволеність нею, проте простежується спадна поступова тенденція за факторами. Жителі міст більшою мірою оцінили кваліфікаційний та організаційний (6,4±0,2 та 5,2±0,1 бали відповідно), ніж сільські (5,8±0,3 та 4,9±0,1 бали), тоді як інформаційний фактор, навпаки (5,3±0,2 проти 4,3±0,1 бали – міських жителів;  $p < 0,05$ ). Виявлено, що жінки вище за чоловіків охарактеризували кваліфікаційну діяльність амбулаторно-поліклінічної допомоги (6,3±0,2 проти 6,0±0,1 бали відповідно), однаково організаційний (по 5,1±0,1 балів) до інформаційної вимогливіше й критичніше поставили чоловіки (4,8±0,3 та 5,4±0,2 бали відповідно;  $p < 0,05$ ). За усередненими ( $M \pm m$ ) величинами приховуються особливості. Тому представляємо питому вагу респондентів, які оцінили кожен із факторів в межах 1–4 та 5–7 балів, оскільки перші по суті свідчать про задоволеність, а інші – незадоволеність їх параметрами. Виявилось, що вірогідна більшість чоловіків незадоволена параметрами кваліфікаційного та інформаційного факторів: 25,0±1,5% та 32,2±1,6% проти 20,8±0,5% та 27,8±0,6% – жінок; організаційним практично кожен п'ятий чоловік та четверта жінка.

Таблиця

Показники задоволеності пацієнтами амбулаторно-поліклінічною допомогою за факторами з урахуванням статі та місця проживання ( $M \pm m$ ; бали за 7-бальною системою)

Фактор	Всього n = 100	в тому числі		Місто n = 73			Село n = 27		
		чоловіки	жінки	Разом	в тому числі		Разом	в тому числі	
					чоловіки n = 14	жінки n = 59		чоловіки n = 14	жінки n = 13
Кваліфікаційний	6,1±0,3	6,0±0,1	6,3±0,2 <sup>x</sup>	6,4±0,2 <sup>0</sup>	6,3±0,2 <sup>**</sup>	6,4±0,3	5,8±0,3	5,7±0,3	5,9±0,3
Організаційний	5,1±0,2	5,1±0,1	5,1±0,2	5,2±0,1 <sup>0</sup>	5,4±0,2 <sup>**Δ</sup>	5,0±0,1	4,9±0,1	<sup>ΔΔ</sup> 4,9±0,2	5,3±0,2
Інформаційний	4,8±0,2	4,8±0,3	5,4±0,2 <sup>x</sup>	4,9±0,1 <sup>0</sup>	5,1±0,1 <sup>**Δ</sup>	4,7±0,3	5,3±0,2	<sup>ΔΔ</sup> 5,8±0,3	4,8±0,3

Примітки: \* – різниця достовірна  $P_{2-3} < 0,05$ ; \*\* – різниця достовірна між  $P_{5-8} < 0,05$ ; <sup>Δ</sup> – різниця достовірна між  $P_{5-6} < 0,05$ ; <sup>ΔΔ</sup> – різниця достовірна між  $P_{8-9} < 0,05$ ; <sup>0</sup> – різниця достовірна між  $P_{4-7} < 0,05$ .

Жінки та, достовірно частіше чоловіки, які проживають в сільській місцевості, незадоволені параметрами кваліфікаційного та інформаційного факторів (23,1±0,7% та 35,7±3,5%, а також 30,8±0,7% та 42,8±3,6% відповідно). Організаційний – гіршим вважає більше чоловіків, ніж жінок (21,4±3,7% та 15,4±0,6% відповідно;  $p < 0,05$ ). В міській місцевості, навпаки, жінки в більшому відсотку випадків таким вважають усі фактори, а саме: 20,4±3,0%; 25,5±3,3% та 27,2±3,5% проти 14,2±2,5%; 21,3±3,7% та 21,4±3,7% відповідно за I, II, III факторами.

Виявлені ознаки, якими частіше незадоволені пацієнти в розрізі окремих факторів. Вони були подібними і близькими у чоловіків та жінок, жителів сіл та міст.

Так, по кваліфікаційному від 34 до 50% припадає на доступність пояснень лікарями та середнім медичним персоналом, відсутність та обмеження ними порад стосовно попередження розвитку захворювань та можливих ускладнень конкретної хвороби, а також якістю обстеження та результатами допомоги в цілому. Стосовно організаційного фактора, то 40,0–59,0% пацієнтів незручними вважали розташування та часи прийому в закладі, не влаштувала тривалість очікування прийому та робота реєстратури. Окремо підкреслимо простежене нерозуміння важливості збереження власного здоров'я та недотримання призначень пацієнтами, що щільно пов'язані з ним та інформаційним фактором, яким були найбільше незадоволених (від 60,0% до 77,0%). Особливо

негативно оцінювалась інформаційно-просвітницька робота.

Ступінь задоволеності достовірно знижується із рівнем освіти та зростає з віком, має особливості в залежності від статі, місця проживання та зайнятості. Вона виразніше простежується серед пацієнтів в сільській місцевості. Помітним зв'язок проявився серед чоловіків відносно кожного фактора:  $r=0,5253$ ,  $r=0,5228$ ,  $r=0,5492$  відповідно кваліфікаційного, організаційного, інформаційного; помітним був й серед жінок при перших двох ( $r=0,3526$  та  $r=0,49437$ ) та помітним при останньому ( $r=0,5210$ ). У жителів міст ситуація відрізнялася. Серед чоловіків виявлено слабкий зв'язок за вказаними ознаками лише із кваліфікаційним фактором ( $r=0,211946$ ) при відсутності будь-якої залежності серед жінок. Не виявлено зв'язок із сімейним станом. Крім того, працюючий контингент пацієнтів повсюдно достовірно менше задоволений амбулаторною допомогою, ніж непрацюючі ( $4,8\pm 0,2$  проти  $5,7\pm 0,3$  бали;  $p<0,05$ ).

Наведені дані свідчать, що діяльність первинної ланки охорони здоров'я, не повною мірою задовольняє і відповідає потребам пацієнтів .а відмінності за містом проживання відбивають кризовий стан сучасної охорони здоров'я.

На сьогодні  $94,1\pm 2,5\%$  та  $97,0\pm 2,1\%$  респондентів серед міського та сільського населення обрали сімейного лікаря, який був усвідомлений у 68% випадках, решта – за порадою чи довільно. Вірогідна більшість визнає покращення медичної допомоги з переходом на обслуговування сімейним лікарем, тоді як кожен п'ятий житель міста та третій сільський мешканець цього не відмічали ( $20,0\pm 0,5\%$  та  $29,2\pm 0,7\%$  відповідно;  $p<0,01$ ). З віком відсоток з такою думкою зростає (до 30 років –  $2,7\pm 0,7\%$ ,  $\geq 50$  років –  $9,0\pm 1,5\%$ ;  $p<0,05$ ). Усі респонденти впродовж останнього року хоч раз звертались за послугами амбулаторної допомоги. Основними їх причинами було лікування ( $58,8\pm 0,6\%$  та  $60,6\pm 0,8\%$  міських і сільських жителів) та консультації ( $23,5\pm 0,5\%$  та  $32,3\pm 0,7\%$  відповідно;  $p<0,05$ ). З метою диспансерного спостереження показник був утричі більшим серед міських жителів ( $15,0\%$  проти  $5,0\%$  серед сільського). За довідкою зверталось  $2,0$ – $3,0\%$ . Більшість респондентів ( $52,0\%$ ) відмічали низьку доступність «вузьких» спеціалістів; на долю сільських жителів приходилось  $53,8\pm 6,6\%$  проти  $46,2\pm 0,6\%$  – жителів міст ( $p<0,05$ ).

З огляду на розпочаті зміни на рівні первинної медичної допомоги, актуальним є вивчення наслідків впровадження нововведень в організацію процесу її надання. Важливими є результати оцінки реформи галузі та обізнаності з її основними підходами, між якими існує пряма залежність. Переважна більшість пацієнтів ( $62,7\%$ ) висловила позитивне ставлення до втілення інноваційних комунікаційних стратегій в систему охорони здоров'я. Зокрема,  $64,7\pm 0,6\%$  та  $60,0\pm 0,8\%$  ( $p<0,05$ ) відповідно міських та сільських мешканців підтримує запису на прийом до лікаря в системі он-лайн. Разом з тим, кожен третій серед перших ( $28,2\%$ ) та п'ятий ( $18,5\%$ ) серед других не визначались в своїй оцінці. Більше того,  $21,5\%$  сільських жителів виявили негативне ставлення до

вказаного нововведення ( $7,1\%$  – міських). При цьому досвід користування нею був лише у  $30\%$  сільських та  $50,6\%$  міських жителів. За таких умов набуває значення рівень обізнаності стосовно інноваційних технологій, а також вік та освіта. З'ясувалось, що чим старіші пацієнти, тим частіше вони не підтримують нововведення: від  $2,0\%$  серед осіб до 30 років до  $19,3\%$  після 50 років, а з рівнем освіти зменшується кількість не задоволених сучасними засобами комунікації ( $3,2\%$  серед осіб з вищою освітою проти  $18,8\%$  із середньою). За гендерними ознаками, при незначній перевазі жінок, достовірної різниці не виявлено.

Особливості реформування медичної служби і, першочергово, організації її при наданні первинної допомоги тісно пов'язані із адміністративно-територіальними змінами, що активно відбуваються на тепер. Створення об'єднаних територіальних громад не може не вплинути на цей процес. Відповідно до цього аспекту отримано наступну думку населення:  $69,3\%$  – підтримують його і сприймають як можливість наближення до якісних та доступних медичних послуг;  $30,7\%$  – не підтримують. З віком останніх більше: після 50 років –  $52,2\%$ , тоді як до 30 років –  $4,3\%$ . При відсутності відмінності за статтю вона чітка за місцем проживання –  $69,5\%$  були сільськими жителями. Відсоток відповідей підтримки медичної реформи дещо менший –  $62,7\%$ , решта ( $37,3\%$ ) вважає, що якість та доступність лікування з її втіленням зменшиться чи не зміниться. Причини незадоволеності чи відсутності чіткої позиції стосовно адміністративних перетворень та принципами реформування галузі лежать в площині відсутності належної обізнаності з питань. На цей факт вказують  $40\%$  респондентів, із яких  $58,3\pm 6,1\%$  – сільських жителів.

Окремі деталі були з'ясовані, уточнені через опитування здорового населення, представленого батьками, чи найближчими родичами дітей, які відвідували поліклініку. Основні результати аналізу відповідей на питання анкети подаємо в порівняльному аспекті з тими, що одержані від пацієнтів.

Варто зазначити, що лише кожна третя родина, незалежно від проживання, не обрала сімейного педіатра. В даному випадку також більша половина звернень приходиться на лікування ( $51,2\pm 3,9\%$ ; з коливанням  $50,0\pm 5,0\%$  –  $53,3\pm 0,4\%$  серед міських та сільських жителів), третя частина – на консультації ( $29,3\pm 3,5\%$ ;  $31,0\pm 4,6\%$ ;  $20,7\pm 5,7\%$  відповідно). Низьким був відсоток диспансерних спостережень ( $3,8\pm 1,8\%$ ;  $4,0\pm 1,9\%$ ;  $3,3\pm 2,5\%$  відповідно) та профілактичних оглядів ( $5,7\pm 1,2\%$ ;  $3,0\pm 1,7\%$ ;  $10,3\pm 3,8\%$  відповідно). Подібність відповідей на переважну більшість питань дає право оцінювати їх разом при характеристиці допомоги дитячому населенню з огляду бачення проблемних питань їхніми близькими. На позитивну оцінку змін з переходом на обслуговування сімейним лікарем вказала більшість ( $76,8\pm 3,3\%$  серед усіх та  $78,0\pm 4,4\%$  і  $75,0\pm 5,6\%$  – міських та сільських жителів відповідно). Відсоток їх статистично не відрізнявся від величини серед пацієнтів ( $80,7\pm 3,2\%$ ;  $82,4\pm 4,1\%$ ;  $81,5\pm 4,6\%$  відповідно). Проте, лише часткова задоволеність серед них амбулаторною допомогою

(41,2±3,8% серед усіх; 49,7±4,8% та 43,3±6,3% міських та сільських жителів;  $p>0,05$ ) та незадоволеність кожним четвертим (23,2±3,3%; 22,0±4,1%; 25,0±5,5% відповідно) свідчить про необхідність пошуку шляхів покращення ситуації. Виявлено, що вони знаходяться в площині організації надання медичної допомоги, та інформаційного простору, що є невід'ємною її складовою. За однотипністю та частотою причини, що формують незадоволеність існуючою реальною ситуацією отримана інформація співпадає з даними від пацієнта. Практично половина із опитаних не адаптована до впровадження сучасних технологій електронної системи комунікаційних відносин між лікарем та пацієнтом. Про це свідчить нейтральне ставлення до функціонування електронного запису (26,9±3,5%, 30,0±4,7%, 21,6±5,3% серед усіх, міських та сільських жителів відповідно), а також негативне, навіть, у випадках відсутності такого досвіду (15,0±2,8%; 14,0±3,3%; 16,7±4,2% відповідно). Не впевнені у позитивних змінах кожен третій – четвертий у разі створення об'єднаних територіальних громад (31,9±3,6%; 36,0±4,4%; 25,0±5,6% відповідно). Не очікує покращень із реформуванням служби також дещо менша кількість респондентів (26,2±3,4%; 22±4,1%; 33,3±4,1% відповідно). Варто звернути увагу на виявлений факт низького рівня чи навіть відсутності належної просвітницької роботи. Його слід віднести до суттєвих недоліків діяльності служби загалом, оскільки доведення вірної, обґрунтовано виваженої інформації дозволило б суттєво змінити погляд населення на окремі актуальні питання, пов'язані із реформою, необхідністю впровадження інновацій, їх перспективністю. Світогляд населення змінюється і відповідно до цього треба модернізувати принципи інформаційної потреби. Нові форми, методи треба залучати для пропаганди здорового способу життя, адаптації до переходу отримання медичної допомоги в сучасних умовах її трансформації.

Таким чином, за аналізом результатів опитування населення (пацієнтів, здорових осіб) стосовно діяльності амбулаторно-поліклінічної служби за кваліфікаційним, організаційним, інформаційним факторами, стало реальним виявлення питань, доопрацювання яких при створенні удосконаленої моделі ПМСД в умовах ОТГ забезпечить підвищення її якості та доступності.

## Література

1. *Кравченко В.В., Орлова Н.М.* Шляхи підвищення задоволеності населення якістю амбулаторної медичної допомоги // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 2 (49). – С. 38–42. *Kravchenko VV., Orlova NM.* Shlyahi pidvischennya zadovolenosti naseleння yakisty ambulatornoyi medichnoyi dopomogi // Ukrayina. Zdorov'ya natsiyi. 2018;2(49):38–42.
2. *Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Кудрявцева А.В.* Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (по данным социологического опроса) // Здравоохранение РФ. – 2010. – № 3. – С. 18–21. *Svetlichnaya TG., Tsyiganova OA., Kudryavtseva AV.* Otsenka udovletvorennosti meditsinskoj pomoschyu patsientov ambulatorno-poliklinicheskikh uchrezhdeniy (po dannym sotsiologicheskogo oprosa) // Zdravoohranenie RF. 2010;3:18–21.

## Висновки

Виявлена достовірна різниця (за 7-бальною системою) в оцінці амбулаторно-поліклінічної допомоги за кваліфікаційним, організаційним та інформаційним факторами (6,1±0,3; 5,1±0,2 та 4,8±0,2 бали відповідно), при більшій задоволеності жителями міст першими двома, сільськими – інформаційним. На тлі однакового відношення жінками та чоловіками до організаційного фактора, перші вище оцінювали кваліфікаційний і, навпаки, інформаційний.

Виявлено, що відсоток чоловіків незадоволених параметрами кваліфікаційного та інформаційного факторів (1–4 бали) вірогідно більший, ніж серед жінок; організаційним – кожен п'ятий та четвертий відповідно. В сільській місцевості достовірно частіше не задоволені усіма трьома факторами чоловіки, а в міській, навпаки, жінки. Виявлено, що ознаки незадоволеності не залежно від статі та місця проживання пацієнтів подібні і близькі за частотою.

Виявлено, що вірогідна більшість респондентів визнає покращення допомоги в умовах сімейної медицини, проте, кожен п'ятий міський та третій сільський жителі цього не відмітили, і з віком яких відсоток утричі зростає до 9,0±1,5% після 50 років. Серед звернень переважали лікування (до 60%) та консультації (до 30%). Доступність «вузьких спеціалістів» нижча для сільських жителів (53,8±6,6% проти 46,2±0,6% міських). При підтримці більшістю (62,7%) інноваційних комунікаційних процесів, з віком та нижчим рівнем освіти опитаних зростає частота негативного до них відношення.

Територіальні зміни населення пов'язує із організаційними факторами надання амбулаторної допомоги і при підтримці процесу в 69,3% випадках решта утримується. Повну підтримку реформи медичної галузі висловило 62,7% опитаних, тоді як інші вважають, що якість та доступність лікування зменшиться чи не зміниться. Серед причин такого положення 40% вказує на відсутність належної обізнаності в зв'язку із недосконалою освітньою роботою.

**Перспектива** даної роботи полягає у визначенні реальних ресурсів для покращення надання первинної медико-санітарної допомоги населенню, шляхом розробки удосконаленої її моделі в умовах децентралізації та реформування галузі.

3. Бердник О.В., Добрянская О.В., Рудницкая О.П. Здоровье населения как критериальная характеристика его качества // Довкілля та здоров'я. – 2018. – № 1. – С. 4-8. Berdnik O.V., Dobryanskaya O.V., Rudnitskaya O.P. Zdorove naseleniya kak kriterialnaya harakteristika ego kachestva // Dovkillya ta zdorov'ya. 2018;1:4-8.
4. Гришук С.М. Визначення рівня обізнаності населення з основними положеннями «медичної реформи» // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 3 (50). – С. 22-26. Grischuk S.M. Vznachennya rIvnya obIznanostI naseleennya z osnovnimi polozhennyami «medichnoyi reformi» // Ukrayina. Zdorov'ya natsiyi. 2018;3(50):22-26.
5. Булавінова К.О., Децик О.З., Ціхонь З.О. Роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 3 (50). – С. 6-9. Grischuk S.M. Vznachennya rIvnya obiznanosti naseleennya z osnovnimi polozhennyami «medichnoyi reformi» // Ukrayina. Zdorov'ya natsiyi. 2018;3(50):22-26.
6. Гребняк Н.П., Агарков В.А., Грищенко С.В. и др. Здоровье населения Украины в глобальном измерении // Медичні перспективи. – 2012. – Т. XII, № 1. – С. 128-134. Grebnyak N.P., Agarkov V.A., Grischenko S.V. i dr. Zdorove naseleniya Ukrayini v globalnom izmerenii // Medichni perspektivi. 2012;XII (1):128-134.
7. Камінська Т.М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні // Економічна теорія та право. – 2015. – № 1 (20). – С. 38–50. Kaminska T.M. Uroki zarubizhnh krayin dlya reformuvannya ohoroni zdorov'ya v Ukrayini. Ekonomichna teoriya ta pravo. 2015;1(20):38–50.
8. Проценко Ю.М. Особливості діяльності територіальних громад в Україні // Економіка і суспільство. – 2018. – №14. – С. 838-842. Prochenko Yu.M. Osoblivosti diyalnosti teritorialnih gromad v Ukrayini. Ekonomika i suspilstvo. 2018;14:838-42.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.10.2019 р.

### Оценка населением первичной медико-социальной помощи на уровне объединенных территориальных обществ

Августинович Я.И.

КНП ВРР Васильковский РЦМПСП,  
г. Васильков, Киевская область

Актуальность работы определяется потребностью в оценке удовлетворенности и доступности ПМСП населением Украины на современном этапе децентрализации с административно-территориальными преобразованиями и воплощением в практику принципов ее реформирования. В связи с чем цель исследования состояла в выявлении резервов совершенствования ПМСП на уровне создания объединенных территориальных общин. Проведен социологический опрос 410 человек из числа пациентов (250) и здоровых (160). Деятельность амбулаторно-поликлинической помощи оценивалась по квалификационному, организационному и информационному факторам с использованием 7-балльной шкалы. За каждым из них прослежены особенности в разрезе различных слоев населения. На фоне достаточной удовлетворенности

выкристаллизовывается ее нисходящая постепенная тенденция по перечисленным компонентам (6,1±0,3; 5,1±0,2 и 4,8±0,2 балла). Квалификационным и информационным факторами достоверно больше недовольных мужчин, чем женщин; организационным – каждый пятый, четвертый соответственно. Среди сельских жителей мужчины чаще недовольны всеми тремя факторами, а городских – женщины. Показатели удовлетворенности достоверно снижаются с уровнем образования и растут с возрастом. Выявлены причины неудовлетворенности по отдельным факторам, среди которых выделяется информационно-просветительская работа. Как следствие, поддержка создания объединенных территориальных общин высказана в 69,3%, а медицинской реформы – 62,7% случаях.

Выявленные проблемные вопросы, решение которых будет способствовать предоставлению качественных ожидаемых медицинских услуг населением Украины. За ними мотивируется также потребность в усовершенствовании модели ПМСП.

**Ключевые слова:** амбулаторная помощь, квалификационный, организационный, информационный факторы, пациенты, здоровые лица, опрос.

### Population assessment of primary medical and social assistance at the level of united territorial communities

*Avgustynovich Ya.I.*

CNE Vasytkivsky, DC Vasytkivsky  
DCPMSA, Vasytkiv-city, Kyiv region

The actuality of the work is determined by the need to assess the satisfaction and accessibility of primary care to the population of Ukraine at the current stage of decentralization with administrative and territorial transformations and putting into practice the principles of its reform. The stated purpose of the study was to identify the reserves of its improvement at the level of creation of united territorial communities. A sociological survey of 410 patients (250) and healthy (160) was conducted. Outpatient care was characterized by qualification, organizational and information factors on a 7-point scale. For each of them the peculiarities in the section of these classes of the population are traced. Against the background of sufficient

satisfaction, its declining gradual tendency for the listed components crystallizes out ( $6.1 \pm 0.3$ ;  $5.1 \pm 0.2$  and  $4.8 \pm 0.2$  points). The percentage of men dissatisfied with qualification and information factors is significantly higher than women, organizationally – every fifth, fourth respectively. Inhabitants of rural areas – men are more often dissatisfied with all three factors, and in urban – women. Satisfaction rates are likely to decline with education and increase with age. The reasons for dissatisfaction were identified by some factors, among which is information instructive work. As a result, 69.3% supported the creation of united territorial communities and 62.7% – the medical reform. There are identified problematic issues, the solution of which will contribute to the provision of quality expected medical services to the population of Ukraine. They are also motivated by the need to improve the PHC model.

---

**Key words:** outpatient care, qualification, organizational, information factors, patients, healthy persons, surveys.

#### Відомості про автора

**Августинович Ярослава Ігорівна** – головний лікар Комунального некомерційного підприємства Васильківської районної ради. Васильківський Центр первинної медико-санітарної допомоги; вул. Декабристів, 87, м. Васильків, Київська обл., 08600, Україна.