

Лехан В.М.¹, Надутий К.О.², Толстанов О.К.³Lekhan V.M.¹, Nadutyi K.O.², Tolstanov O.K.³

Якість первинної медико-санітарної допомоги: оцінка стану та шляхи вдосконалення (результати соціологічного дослідження)

The quality of primary health care: assessment of the state and ways of improvement (results of a sociological study)

¹Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна¹Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine²Громадська організація «Українська медична експертна спільнота», м. Буча, Київська область, Україна²Public organization «Ukrainian medical expert community», Bucha, Kyiv region, Ukraine³Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна³Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Вступ

У Політичній декларації ООН, ухваленій у вересні 2019 р., було підтверджено зобов'язання країн світу до 2030 р. забезпечити загальне охоплення основними послугами охорони здоров'я населення всього світу [1].

Основним засобом досягнення загального охоплення медичними послугами та досягнення цілей сталого розвитку Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) і Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) визнається первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) [2], яка повинна бути не лише доступною, а й високоякісною.

У різних країнах для підвищення якості ПМСД використовуються різні пакети стимулів, до складу яких найчастіше входить система винагороди за виконану роботу та покращення командної роботи [3; 4]. Важливим нововведенням для поліпшення якості в ХХІ ст. вважається запровадження систем індикаторів якості ПМСД. Створення надійного, пов'язаного з покращенням результатів для пацієнтів переліку показників якості, які можна було б використовувати для моніторингу або стимулювання надання більш якісної первинної медичної допомоги, є нагальною проблемою для все більшого числа країн, хоча кількість і зміст індикаторів, а також їхні домени відрізняються у різних проектах [5].

Ураховуючи різноманітність у різних країнах вихідних умов функціонування ПМСД, рекомендується визначення типу та змісту заохочень здійснювати після консультацій з усіма відповідними зацікавленими сторонами, включаючи працівників системи ПМСД [3].

Мета дослідження – оцінка працівниками різних категорій, зайнятими в системі первинної

медичної допомоги (керівниками, лікарями, медичними сестрами), стану та основних стимулів удосконалення якості ПМСД.

Матеріали і методи

За спеціально розробленою структурованою анкетною проведено соціологічне опитування працівників, що працюють у ПМСД. Анкета у вигляді Google-форми була розміщена у групі Української асоціації сімейної медицини (УАСМ) на платформі соціальної мережі Facebook. Заповнити анкету один раз міг будь-який член УАСМ, зареєстрований у соціальній мережі, протягом 10 днів – із 27 листопада по 10 грудня 2023 р., тобто вибірка була неповторною, сформованою рандомно. Мінімально необхідний розмір вибірки визначався за формулою:

$$n = \frac{t^2 * p * q * N}{\Delta^2 * N + t^2 * p * q'}$$

де n – обсяг вибірки;
t² – довірчий рівень (при p = 0,05 t = 1,96);
p – у медичних дослідженнях зазвичай 5%;
N – обсяг генеральної сукупності;
p – частка випадків, у яких зустрічається ознака, що вивчається;

q – частка випадків, у яких не зустрічається ознака, що вивчається (100-P);

N – обсяг генеральної сукупності (24 512 працівників ПМСД);

Δ – гранично припустима помилка (5%).

Усього опитано 360 осіб, що перевищує мінімально необхідний розмір вибірки (331 особа).

Середній вік респондентів становив $48 \pm 10,2$ року; 97,3% працювали у центрах первинної медичної допомоги, 1,4% – у приватних закладах ПМСД. За місцем проживання опитані розподілися так: 83,8% – міські жителі, 13,1% – мешканці селищ із населенням 5 тис. і більше, 8,9% – сіл із населенням менше 5 тис. За посадою серед опитаних 17,8% становили керівники, 59,4% – лікарі, 13,1% – медсестри, 9,7% – представники інших професій, зайнятих у секторі ПМСД.

Дослідження схвалені комісією з питань біомедичної етики ДДМУ та проведені згідно з письмовою згодою учасників і відповідно до принципів біоетики, викладених у Гельсінській декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей» та «Загальній декларації про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)».

Дані, отримані в дослідженні, обробляли за допомогою ліцензійної програми STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) та Microsoft Excel (Microsoft Office 2016 Professional Plus, Open License 67528927). Для оцінки результатів дослідження використовували методи описової та аналітичної статистики. Для відносних величин розраховували 95% довірчі інтервали (95% ДІ) за відкоригованим методом Вальда. Оцінку достовірності відмінностей відносних показників проводили за критерієм Хі-квадрат Пірсона (Chi-square test – χ^2). Критичне значення рівня статистичної значущості для всіх видів аналізу приймали на рівні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Практично всі респонденти (90,3%; 95% ДІ 87,2–93,4) без істотних відмінностей між групами опитаних назвали основною місією закладів ПМСД збереження

та покращення здоров'я населення (рис. 1), що повністю кореспондується з принципами, сформульованими в доповіді ВООЗ про стан охорони здоров'я у світі за 2008 р. «Первинна медико-санітарна допомога. Сьогодні актуальніше, ніж будь-коли». Проте під час визначення критеріїв успішності діяльності закладів ПМСД думки респондентів розділилися практично навпіл. Провідним критерієм 46,9% (95% ДІ 41,7–52,1) опитаних назвали позитивну динаміку стану здоров'я населення і 45,3% (95% ДІ 40,2–50,4) – досягнення економічної стійкості закладу ПМСД. Серед керівного складу закладів ПМСД частка тих, хто віддає перевагу фінансовій спроможності та економічній стійкості як мірила успішності закладу, на 36,5% і на 58,3% вища порівняно з лікарями та медичними сестрами ($p < 0,01$) (рис. 1). Такий підхід керівників пояснюється їхньою відповідальністю за сталий розвиток і навіть саме існування автономного закладу ПМСД [6], натомість медичні фахівці виявляють вищу зацікавленість у стані здоров'я своїх пацієнтів.

Переважна більшість опитаних вважає, що якість ПМСД істотно впливає на потреби населення у спеціалізованій та екстреній допомозі (82,8%; 95% ДІ 78,9–86,7), дещо менший рівень впливу, за оцінками респондентів, цієї характеристики ПМСД на здоров'я населення (63,1%; 95% ДІ 58,1–68,1). Водночас майже кожний п'ятий опитаний (18,7; 95% ДІ 14,7–22,7) не пов'язує попит на екстрену та спеціалізовану допомогу, і майже кожний третій (32,8; 95% ДІ 27,9–37,6) не вбачає зв'язку стану здоров'я населення з якістю та доступністю ПМСД. Істотних відмінностей в оцінках різних груп опитаних не виявлено (рис. 2).

Зважаючи на визначальний вплив ПМСД на здоров'я населення та потреби в медичній допомозі інших рівнів, дві третини всіх опитаних (66,9%; 95% ДІ 62,9–71,8) висловилися за впровадження спеціальних

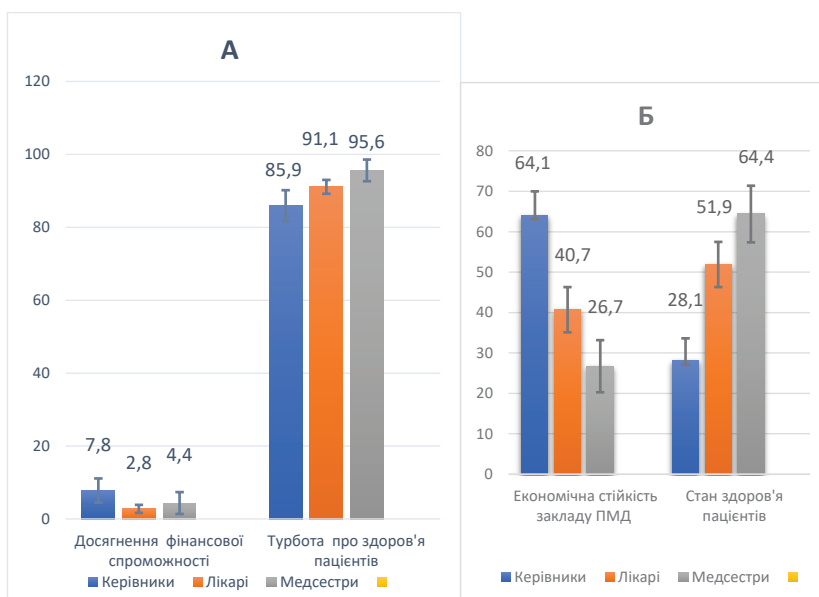


Рис. 1. Місія (А) і критерії успішності закладу ПМСД (Б) за результатами опитування працівників закладів ПМСД

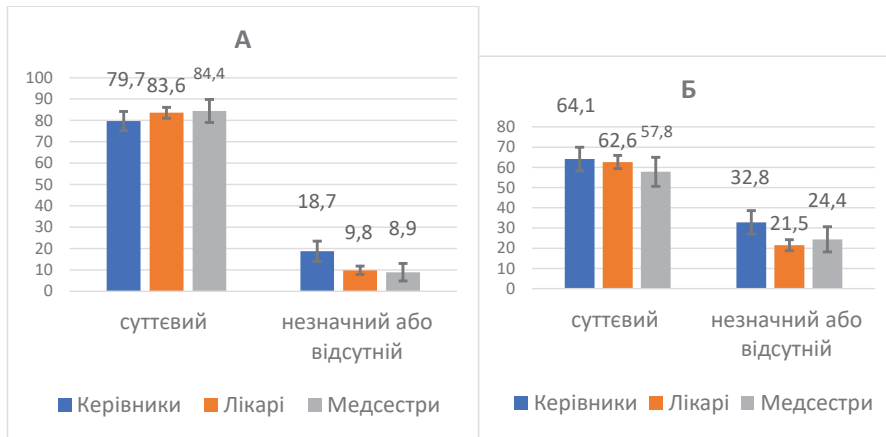


Рис. 2. Вплив якості ПМСД на потреби у спеціалізованій, екстреній допомозі (А) та здоров'я населення (Б), % від числа опитаних різних груп

стимулів для підвищення якості ПМСД; при цьому 16,7% (95% ДІ 12,9–29,5) не бачать такої необхідності, вважаючи, що якість та доступність ПМСД і так високі. Виявлено достовірні відмінності думок із цього питання в різних групах опитаних. Якщо серед лікарів та медсестер існує певний консенсус (за запровадження спеціальних стимулів підвищення якості висловилися 61,2% (95% ДІ 54,7–67,7) лікарів та 62,2% (95% ДІ 54,7–67,7) медсестер)), то істотно більша на 24,5% ($p < 0,05$) частина керівників закладів ПМСД виступає за запровадження подібних стимулів (81,3% (95% ДІ 71,7–90,9)), і лише 3,1% (95% ДІ 1,1–7,3) ігнорують таку необхідність (рис. 3).

Серед таких спеціальних стимулів або механізмів підвищення якості опитані виділили чотири провідних: формування командного підходу в колективах, раціональний розподіл відповідальності за здоров'я між лікарем і пацієнтом, моніторинг результатів професійної діяльності персоналу ПМСД, економічні стимули. Стан запровадження різних механізмів підвищення

якості ПМСД, за оцінками різних груп респондентів, представлено в табл. 1.

Командний підхід у контексті даного дослідження передбачає наявність партнерських стосунків між адміністрацією закладу та колективом, прообразом яких стали відносини, сформовані у клініці Мейо майже сторіччя тому і потім поширені в усьому світі, чинниками успіху яких стали загальні для лікарів та адміністраторів основні цінності, бажання працювати разом над спільною місією, чітка і прозора комунікація між окремими працівниками та організацією у цілому, взаємна повага [7]. Доведено, що командний підхід у первинній медичній допомозі надає переконливі переваги в досягненні кращих результатів, зниженні витрат на охорону здоров'я, задоволенні потреб пацієнтів, забезпеченні безперервності медичної допомоги, підвищенні рівня задоволеності роботою серед постачальників медичних послуг та ефективнішому використанні ресурсів охорони здоров'я [8]. Майже $\frac{3}{4}$ (72,8%; 95% ДІ 68,2–77,4) опитаних, без істотних відмінностей

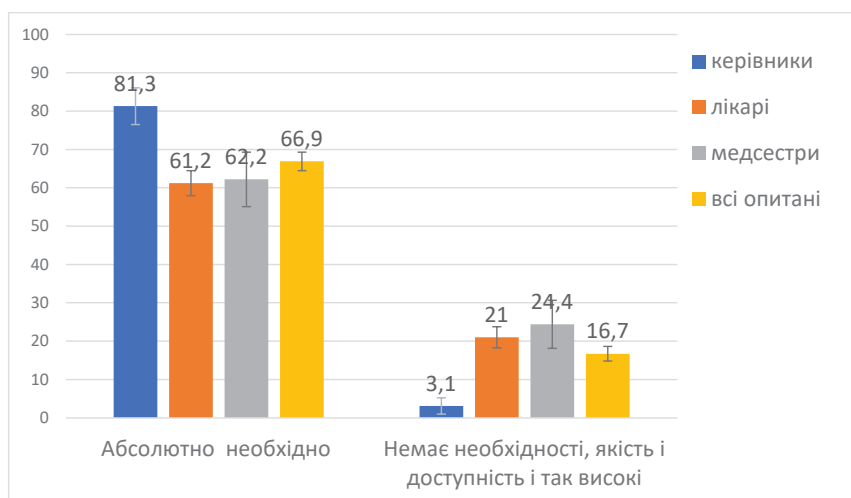


Рис. 3. Необхідність запровадження спеціальних стимулів для підвищення якості ПМСД (за даними опитування)

Таблиця 1
Стан запровадження різних спеціальних стимулів підвищення якості та доступності ПМСД за оцінками різних груп респондентів, %
P (95% ДІ)

Механізми /стимули підвищення якості ПМСД	Оцінки	Всі опитані n=360	Керівники n=64	Лікарі n=214	Медсестри n=45
Командна робота	Питання якості ПМСД обговорюються в колективі регулярно	72,8 (68,2-77,4)	76,6 (66,2-87,0)	71,5 (65,4-77,6)	46,7 (32,1-61,3)
	Питання якості ПМСД обговорюються в колективі нечасто або їх приймає керівник самостійно	20,0 (15,9-24,1)	21,3 (11,3-31,3)	19,2 (13,9-24,5)	17,8 (6,6-29)
Унормований розподіл відповідальності за здоров'я між лікарем і пацієнтом	Пацієнт має нести певну відповідальність за своє здоров'я та дотримання рекомендацій лікаря	93,9 (91,4-96,4)	100,0	93,0 (89,6-96,4)	88,9 (79,7-98,1)
	Якість роботи не оцінюється	2,8 (1,1-4,5)	4,7 (-0,5-9,9)	2,8 (0,6-5,0)	2,2 (-2,1-6,5)
Моніторинг якості ПМСД	Наявні індикатори не відбивають якість	19,7 (15,6-23,8)	35,9 (24,1-47,7)	15,4* (10,6-20,2)	8,9** (0,6-17,2)
	Індикатори наявні і моніторяться	69,2 (64,4-74,0)	57,8 (45,7-69,9)	71,0* (64,9-77,1)	80,0** (68,3-91,7);
Підвищення заробітної плати	Безумовно, дасть змогу підвищити якість	27,2 (22,6-31,8)	17,2 (7,9-26,5)	27,1* (21,1-33,1)	46,7**; (32,1-61,3)
	Дасть змогу за умови зв'язку між оплатою праці та її обсягом і якістю	46,1 (41,0-51,2)	64,1 (52,3-75,9)	42,1* (35,5-47,7)	17,8**; (6,6-29,0)
	Якість не залежить від оплати праці	15,3 (11,6-19,0)	7,8 (1,2-14,4)	16,4* (11,4-21,4)	31,1**; (17,6-44,6)

Примітки: * – $p < 0,05$ керівників порівняно з лікарями;

** – $p < 0,05$ керівників порівняно з медсестрами;

*** – $p < 0,05$ лікарів порівняно з медсестрами

між групами респондентів, стверджували, що питання якості ПМСД регулярно обговорюються в колективах. Однак 20,0% (95% ДІ 15,9–24,1) анкетованих заявили, що такі обговорення відбуваються нечасто або керівник приймає рішення самостійно, не звертаючи уваги на думку інших працівників. Звертає на себе увагу, що ці оцінки в різних групах були достатньо однотайними.

У необхідності унормованого розподілу відповідальності за здоров'я між лікарем і пацієнтом упевнені практично всі опитані – 93,9% (95% ДІ 91,4–96,4). Проте, на жаль, пацієнти досить часто демонструють відсутність належної відповідальності за своє здоров'я. Так, за матеріалами вибіркового дослідження, проведеного у дев'яти містах України «Асоціацією міст України» у рамках Проєкту «Партисипативна демократія та обґрунтовані рішення на місцевому рівні в Україні», експертами встановлено, що 68% дорослих жителів досліджуваних міст ставляться до власного здоров'я безвідповідально або здебільшого безвідповідально [9].

Доведено, що основою для постійного покращення якості шляхом упровадження коригувальних заходів є моніторинг ефективності ключових сегментів системи з використанням відповідних індикаторів якості, які дають можливість швидкого та простого уявлення про рівень якості послуг та їхню динаміку в часі для зацікавлених сторін усередині закладу та поза ним [10]. В Україні в останні роки прийнято низку нормативних актів, регулюючих моніторинг щодо дотримання надавачами медичних послуг умов договорів про медичне обслуговування населення [11], використання індикаторів якості надання первинної медичної допомоги для впровадження прозорої системи мотиваційних стимулів [12].

Серед опитаних переважна більшість (88,9%; 95% ДІ 85,7–92,2) вважає, що в закладах ПМСД наявні індикатори якості, однак лише 69,2% (95% ДІ 64,4–74,0) дотримуються думки, що вони регулярно моніторяться, а з точки зору майже кожного п'ятого опитаного (19,7%; 95% ДІ 15,6–23,8), індикатори наявні, але не відбивають якості медичної допомоги. Найбільш скептично до такого стимулу, як моніторинг діяльності ПМСД, відноситься керівний склад закладів ПМСД: вони істотно рідше порівняно з лікарями та медсестрами (на 22,8% та 38,4%; $p < 0,05$) дотримуються думки, що наявні індикатори моніторяться, а також частіше порівняно з тими ж контингентами (на 57,1% та 75,2%; $p < 0,05$) вважають, що використовувані індикатори не характеризують якість ПМСД (табл. 1).

Заробітна плата – це винагорода за працю або участь у роботі, її розмір сам по собі не є стимулом. У нашому дослідженні із загального числа опитаних лише 27,2 (95% ДІ 22,6–31,8) убачає у простому підвищенні заробітної плати стимул, який сприятиме підвищенню якості та продуктивності роботи. Значно більша частка – близько половини (46,1%; 95% ДІ 41,0–51,2) вважає, що стимулювати працівників до більш якісної й ефективної роботи може лише диференційоване

нарахування заробітної плати з урахуванням обсягу та якості виконаної роботи. До речі, запроваджена у чотирьох пілотних регіонах у 2013–2014 рр. оплата роботи працівників первинної ланки система надбавок за обсяг та якість продемонструвала підвищення мотивації персоналу та зростання його відповідальності за результати роботи [13]. Матеріали соціологічного дослідження Д.Д. Дячука зі співавторами також підтверджують доцільність такого підходу [14]. Значна частка опитаних – кожний шостий (15,3; 95% ДІ 11,6–19,0) – не бачить зв'язку між якістю ПМСД і оплатою праці персоналу.

Оцінка зв'язку заробітної плати з якістю ПМСД у різних групах анкетованих істотно відрізняється. У групі керівного складу закладів ПМСД достовірно більша частка осіб порівняно з лікарями та медсестрами ($p < 0,05$), що розглядає підвищення заробітної плати як стимул до підвищення якості ПМСД лише за умови її зв'язку з кількісними й якісними показниками діяльності, і достовірно менше тих, хто взагалі виключає оплату праці з числа мотиваторів якісної роботи ($p < 0,05$). Медсестри ще рідше, ніж лікарі, убачають сенс у диференціації оплати праці залежно від якості та результативності роботи і частіше не бачать впливу заробітної плати на якість роботи ($p < 0,05$) (табл. 1).

Висновки

1. За результатами соціологічного опитування якість ПМСД істотно впливає на здоров'я прикріпленого населення та на його потреби в інших видах медичної допомоги.

2. До числа провідних стимулів підвищення якості працівники ПМСД респондентами віднесено: формування командного підходу в колективах, раціональний розподіл відповідальності за здоров'я між лікарем і пацієнтом, моніторинг результатів професійної діяльності персоналу ПМСД, підвищення заробітної плати медичним працівникам.

3. Виявлено істотні відмінності в поглядах різних груп респондентів (керівники, лікарі, медсестри закладів ПМСД) на стимулюючий вплив існуючої системи моніторингу діяльності закладу та механізмів оплати праці на якість ПМСД. Керівники завдяки притаманному їхній посаді більш стратегічному баченню діяльності закладів, скептичніше порівняно з медичним персоналом оцінюють здатність моніторингу з використанням чинних індикаторів впливати на вироблення корегуючих якостей рішень і віддають перевагу формам комплексної з урахуванням обсягу та якості виконаної роботи.

Перспективи подальших досліджень

1. Обґрунтування та розроблення на доказовій основі системи індикаторів оцінки якості ПМСД.

2. Опрацювання та перевірка в пілотному режимі методики оплати праці медичного персоналу ПМСД з урахуванням обсягу та якості виконаної роботи.

Література

1. Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”. United Nations, 2019. Available from: <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf> (дата звернення: 32.12.2023).
2. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2018. 64 p.
3. Okereke E, Eluwa G, Akinola A, Suleiman I, Godwin U, Adebajo S. Patterns of financial incentives in primary healthcare settings in Nigeria: implications for the productivity of frontline health workers. *BMC Res Notes*. 2021; 14: 250. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05671-z>
Patterns of financial incentives in primary healthcare settings in Nigeria: implications for the productivity of frontline health workers. *BMC Res Notes*. 2021. No 14. P. 250. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05671-z>
4. Loboda AM, Oleshko OM, Pryimenko OS, Raian S, Hlushchenko VV. Analysis of the results of a medical and sociological survey of healthcare providers on motivational component of ensuring the healthcare quality. *Wiad Lek*. 2023; 76(7): 1677–1680. DOI: 10.36740/WLek202307124. PMID: 37622514.
5. Kronenberg C, Doran T, Goddard M, Kendrick T, Gilbody S, Dare CR, Aylott L, Jacobs R. Identifying primary care quality indicators for people with serious mental illness: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2017 Aug; 67(661): e519–e530. DOI: 10.3399/bjgp17X691721.
6. Жукевич С, Карпишин Н, Шегера О. Аналіз фінансової стійкості закладів охорони здоров'я в умовах сталого розвитку. *Світ фінансів*. 2022; 3: 111–126. DOI: 10.35774/SF2022.03.111.
7. Didehban R, Caine NA, Glenn SW, Hasse CH. Role of the Administrative Partner and the Physician-Administrator Partnership. *Mayo Clin Proc*. 2020 Sep; 95(9S): 38–40. DOI: 10.1016/j.mayocp.2020.06.043.
8. Hysong SJ, Amspoker AB, Hughes AM, Woodard L, Oswald FL, Petersen LA, Lester HF. Impact of team configuration and team stability on primary care quality. *Implementation Sci*. 2019; 14(22). DOI: 10.1186/s13012-019-0864-8.
9. Демченко І, Булига Н, Гольцас Л, Фенчак А. Аналітичний звіт «Громадська та експертна думка про доступність і якість послуг у сфері охорони здоров'я»: Підготовлено у рамках проекту «Партисипативна демократія та обгрунтовані рішення на місцевому рівні в Україні». Київ, 2016; 58 с.
10. Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, Teixeira J, Santos JV, Viana J, Lobo M, Santos, P, Freitas A. Primary health care quality indicators: An umbrella review *PLoS One*. 2019 Aug 16; 14(8): e0220888. DOI: 10.1371/journal.pone.0220888.
11. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>
12. Про затвердження Примірного переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 17.04.2023 № 716. <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-17042023--716-pro-zatverdzhennja-primirnogo-pereliku-indikatoriv-jakosti-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>
13. Лехан ВМ, Слабкий ГО, Шевченко МВ. Аналіз результатів реформування охорони здоров'я у пілотних регіонах: позитивні результати, проблеми та можливі шляхи вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2015; 3: 67–85.
14. Дячук ДД, Гур'янов ВГ, Шевченко МВ, Ященко ЮБ. Задоволеність умовами та оплатою праці, системою мотивації медичних працівників багатопрофільного закладу охорони здоров'я (за результатами соціологічного опитування). *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2016; 2: 63–69.

References

1. United Nations 2019. Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage «Universal health coverage: moving together to build a healthier world» [Internet] [cited 2023 Dec 31]. Available from: <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>
2. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.15)
3. Okereke E, Eluwa G, Akinola A, Suleiman I, Unumeri G, Adebajo S. Patterns of financial incentives in primary healthcare settings in Nigeria: implications for the productivity of frontline health workers. *BMC Res Notes*. 2021; 14,25. DOI: 10.1186/s13104-021-05671-z
4. Loboda AM, Oleshko OM, Pryimenko OS, Raian S, Hlushchenko VV. Analysis of the results of a medical and sociological survey of healthcare providers on motivational component of ensuring the healthcare quality. *Wiad Lek*. 2023; 76(7): 1677–1680. DOI: 10.36740/WLek202307124. PMID: 37622514.
5. Kronenberg C, Doran T, Goddard M, Kendrick T, Gilbody S, Dare CR, Aylott L, Jacobs R. Identifying primary care quality indicators for people with serious mental illness: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2017; 67(661): 519–30. DOI: 10.3399/bjgp17X691721
6. Zhukevych S, Karpysyn N, Shehera O. Analiz finansovoi stiiikosti zakladiv okhorony zdorovia v umovakh staloho rozvytku [Analysis of the financial sustainable of healthcare institutions in the sustainable development conditions] *Svit finansiv*. 2022; 3(72): 111–26. DOI: 10.35774/SF2022.03.111
7. Didehban R, Caine NA, Glenn SW, Hasse CH. Role of the Administrative Partner and the Physician-Administrator Partnership. *Mayo Clin Proc*. 2020; 95(9): 38–40. DOI: 10.1016/j.mayocp.2020.06.043
8. Hysong SJ, Amspoker AB, Hughes AM, Woodard L, Oswald FL, Petersen LA, Lester HF. Impact of team configuration and team stability on primary care quality. *Implementation Sci*. 2019; 14(22). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0864-8>
9. Demchenko I, Bulyha N, Holtsas L, Fenchak A. Analytical report «Public and expert opinion on the availability and quality of services in the field of health care» Prepared within the framework of the project «Participatory democracy and informed decisions

at the local level in Ukraine». Kyiv, 2016. 58 p. Available from: https://auc.org.ua/sites/default/files/analitychnyy_zvit_ohorona_zdorovya_novyuy.pdf (in Ukrainian).

10. Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, Teixeira J, Santos JV, Viana J, Lobo M, Santos P, Freitas A. Primary health care quality indicators: An umbrella review. PLoS One. 2019 Aug 16; 14(8): e0220888. DOI: 10.1371/journal.pone.0220888

11. On Amendments to Certain Legislative Acts of Ukraine on Improving the Provision of Medical Assistance. Law of Ukraine dated 2022 Jul 1, No. 2347-IX Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/2347-20?lang=uk#Text> (in Ukrainian).

12. On the approval of the Exemplary list of quality indicators of the provision of primary medical care. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 2023 Apr 17, No. 716. Available from: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-17042023--716-pro-zatverdzhennja-primirnogo-pereliku-indikatoriv-jakosti-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi> (in Ukrainian).

13. Lekhan VM, Slabkyi HO, Shevchenko MV. Analysis of the results of health care reform in the pilot regions: positive results, problems and possible solutions. *Ukraina. Zdorovia natsii*. 2015; 3: 67–85 (in Ukrainian).

14. Dyachuk DD, Guryanov VG, Shevchenko MV, Yaschenko YuB. The Satisfaction of Conditions and System of Payment, Motivation System of Medical Workers Multiprofile Health Care Establishment (for according of the sociological survey). *Ukr zhurn medytsyny biolohii ta sportu*. 2016; 2: 63–9n (in Ukrainian)

Мета: вивчення думок працівників різних категорій, зайнятих у системі первинної допомоги (керівників, лікарів, медичних сестер) стосовно стану та основних стимулів удосконалення якості первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали та методи. За спеціально розробленою структурованою анкетною, розміщеною у групі Української асоціації сімейної медицини на платформі соціальної мережі Facebook, проведено кроссекційне соціологічне дослідження думок працівників закладів ПМСД. Усього опитано 360 осіб. Матеріали оброблені з використанням методів описової та аналітичної статистики.

Результати. Більшість опитаних вважає, що якість ПМСД впливає на здоров'я населення (63,1%) та його потреби у спеціалізованій та екстреній допомозі (82,8%). Дві третини всіх респондентів (66,9%), у тому числі 81,3% керівного складу закладів ПМСД, висловилися за запровадження спеціальних стимулів для покращення якості ПМСД, до числа яких віднесено: формування командного підходу в колективах, раціональний розподіл відповідальності за здоров'я між лікарем і пацієнтом, моніторинг результатів професійної діяльності персоналу ПМСД, підвищення заробітної плати медичних працівників. Виявлено істотні відмінності в поглядах різних груп респондентів на стимулюючий вплив існуючої системи моніторингу та механізмів оплати праці. Значно більша частка керівників порівняно з лікарями та медсестрами (на 57,1% та 75,2%; $p < 0,05$) вважає, що затверджені індикатори не повністю характеризують якість ПМСД. Більшість керівників (64,1%) заявила, що стимулювати працівників до більш якісної й ефективної роботи можна лише за диференційованого нарахування заробітної плати з урахуванням обсягу та якості виконаної роботи.

Висновки. Підвищення якості ПМСД потребує застосування мотиваційних механізмів. Кількісно визначені характеристики свідчать про необхідність розроблення на доказовій основі системи індикаторів оцінки якості ПМСД та опрацювання методики оплати праці медичного персоналу ПМСД з урахуванням обсягу та якості виконаної роботи.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, якість допомоги, стимули, соціологічне дослідження.

Purpose is the study of the opinion of employees of various categories employed in the primary care system (managers, doctors, nurses), regarding the state and main incentives for improving the quality of primary health care (PHC).

Materials and methods. A cross-sectional sociological study of the opinions of primary care workers was conducted using a specially designed structured questionnaire posted in the Ukrainian Association of Family Medicine group on the Facebook social network. A total of 360 people were interviewed. The materials were processed using the methods of descriptive and analytical statistics.

Results. It was found that the majority of respondents believe that the quality of PHC affects the health of the population (63.1%) and their needs for specialized and emergency care (82.8%). Two-thirds of all respondents (66.9%), including 81.3% of the management staff of PHC facilities, spoke in favor of the introduction of special incentives for improvement quality PHC, which include: the formation of a team approach in teams, the rational distribution of responsibility for health between the doctor and the patient, monitoring the results of the professional activity of the PHC personnel, increasing the remuneration of medical workers. Significant differences in the views of different groups of respondents regarding the stimulating effect on the quality of PHC of the existing monitoring system of the institution's activity and payment mechanisms were revealed. An extensively larger share of managers compared to doctors and nurses (by 57.1% and 75.2%; $p < 0.05$); believes that the approved indicators do not fully characterize the quality of PHC. The majority of managers (64.1%) noted that it is possible to stimulate employees to better and more efficient work only with the help of differentiated wage calculation, taking into account the volume and quality of the work performed.

Conclusions. According to the results of a sociological survey, the expediency of using motivational mechanisms to improve the quality of PHC was established. Quantitative characteristics indicate the need to justify and develop on a scientifically sound basis a system of indicators for assessing the quality of the work of PHC facilities and the development of a methodology for the payment of medical personnel of primary health care facilities, taking into account the volume and quality of the work performed.

Key words: primary health care, quality of care, incentives, sociological study.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Лехан Валерія Микитівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету; просп. Д. Яворницького, 24, м. Дніпро, Україна, 49044.

v.n.lexan@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-2953-3292

Надугий Костянтин Олександрович – експерт громадської організації «Українська медична експертна спільнота»; вул. Центральна, буд. 33-В, кв. 144, м. Буча, Київська область, Україна, 08292.

pkadoma@ukr.net, ORCID ID 0009-0006-4826-0719

Толстанов Олександр Костянтинович – доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, проректор з науково-педагогічної роботи Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика; президент Української асоціації сімейної медицини; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112.

o.tolstanov@nuozu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-7459-8629

Стаття надійшла до редакції 30.01.2024

Дата першого рішення 02.02.2024

Стаття подана до друку 01.03.2024