

зависит результативность любой современной системы управления. Поддерживать интерес персонала к нововведениям необходимо и целесообразно. На начальном этапе внедрения системы менеджмента сопротивление персонала неизбежно, что требует от руководства терпения и непоколебимой приверженности принципам качества, широкого использования образовательных программ для персонала, морального и материального поощрения за достижения в области качества.

### **Литература**

1. Скрипко Л.Е. Персонал компании как заинтересованная сторона в системе менеджмента: что мы об этом знаем? Методы менеджмента качества. 2010. 10: 50-55.
2. Тихонова И.Ю., Петиченко А.В. Методы вовлечения персонала в систему менеджмента качества в учреждении здравоохранения. Здравоохранение. 2015. 4: 94-100.
3. Ушаков И.В. Опыт внедрения в практическую деятельность частных и государственных медицинских организаций России стандартов ИСО 9001:2008. Качество медицинской помощи и стандартизация. 2011. 12: 55-63.
4. Глухова Е.А., Потемкин Е.Л. Аналитическая система комплексной оценки кадрового потенциала научной медицинской организации. Социальные аспекты здоровья населения. 2012. 26(4): 12.

---

***Крячкова Л.В.***

### **АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ В РАСПРЕДЕЛЕНИИ ОТЗЫВЧИВОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ**

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия министерства здравоохранения Украины»,  
г. Днепропетровск, Украина

***Крячкова Л.В.*** - д.м.н., доцент кафедры социальной медицины, организации и управления здравоохранением Государственного учреждения «Днепропетровская медицинская академия министерства здравоохранения Украины», г. Днепропетровск, Украина; E-mail: socmed.dsma.dp.ua

**Резюме.** В статье описаны подходы к оценке неравенства в области отзывчивости медицинского обслуживания среди различных социальных групп населения внутри страны.

**Ключевые слова:** отзывчивость здравоохранения, социальная справедливость, неравенство.

**Abstract.** The article describes approaches to assessment of inequalities in responsiveness of health services among different social groups within the country.

**Keywords:** health system responsiveness, equity, inequality.

**Введение.** В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о состоянии здравоохранения в мире 2000 г., к основным, самостоятельным целям деятельности, была отнесена отзывчивость здравоохранения. Отзывчивость трактуется как степень реакции отрасли на законные ожидания людей, связанные с неклиническими аспектами медицинского обслуживания. Она включает аспекты не связанные с исходами для здоровья и относящиеся к элементам: человеческое достоинство, коммуникации, автономия, конфиденциальность (сфера уважения к людям); оперативное оказание услуг, доступ к социальной поддержке во время лечения, качество основных бытовых условий и удобств, а также выбор поставщика медицинских услуг (сфера ориентации на интересы пациента как клиента) [1, 3, 4]. В каждом из этих аспектов интерес представляют как средние результаты, достигнутые системой здравоохранения по каждому аспекту [2], так и их распределение среди населения - социальная справедливость, равенство / неравенство [4].

**Цель.** Изучить распределение отзывчивости здравоохранения Украины между различными социальными группами населения для выявления приоритетных направлений обеспечения социальной справедливости.

**Методы.** Распределение отзывчивости системы здравоохранения между группами населения изучалось путем социологического опроса ключевых респондентов: врачей, пациентов, организаторов здравоохранения, научных работников, наиболее осведомленных в вопросах организации медицинского обслуживания

(всего 398 человек). В качестве инструмента исследования использовалась адаптированная методика A. de Silva и N. Valentine, 2000 г. [3] с определенными модификациями, дополнениями и уточнениями.

**Результаты и обсуждение.** Равенство распределения отзывчивости здравоохранения (ЗО) имеет отношение к тому, что все индивидуумы независимо от демографического или социально-экономического статуса могут получить такой же уровень отклика системы на свои запросы, как и другие. Высокий уровень отзывчивости необязательно соответствует низкому уровню показателя ее неравенства и наоборот.

Ключевых респондентов в ходе опроса просили определить группы, которые оказываются в наиболее неблагоприятных условиях с точки зрения реагирования системы. Была определена частота, когда та или иная группа сталкивается с менее удовлетворительной работой системы ЗО по различным аспектам отзывчивости по сравнению с остальными группами населения (табл. 1).

Для каждой группы населения был рассчитан показатель справедливости распределения отзывчивости, который нормируется по шкале от 0 до 1, где за 1 принимается полное равенство, а 0 означает полное неравенство (табл. 1).

Показатель справедливости распределения отзывчивости для всего населения составляет  $0,79 \pm 0,01$  ( $M \pm m$ ). Для сравнения - по данным ВОЗ в 2000 году величина данного индикатора составляла для Украины - 0,973 [1], что указывает на тенденцию к ухудшению ситуации.

Наименьшие показатели справедливости распределения отзывчивости выявлены у малообеспеченных ( $0,62 \pm 0,012$ ), людей старших возрастных групп ( $0,63 \pm 0,07$ ), инвалидов ( $0,64 \pm 0,09$ ), сельских жителей ( $0,66 \pm 0,017$ ), людей, которые по разным причинам на данный момент не работают (безработные, женщины в декрете, в отпуске по уходу за ребенком и т.п.) и маргинальных групп. Для этих категорий уменьшается уважение достоинства, свобода выбора поставщиков услуг и оперативность помощи.

Таблица 1

Частота случаев, когда определенная социальная группа населения сталкивается с худшим откликом системы ЗО на свои запросы по сравнению с другими группами населения (в %)

Уязвимые группы Элементы отзывчивости	Малообеспеченные	Пожилые люди	Сельские жители	Маргинальные группы (бездомные, алкоголики и т.п.)	Не работающие	Инвалиды	Больные СПИДом, туберкулезом	Национальные меньшинства
<b>Сфера уважения к человеку</b>								
Уважение достоинства	67	61	56	29	60	50	85	6
Автономия	41	44	11	8,3	40	50	54	0
Коммуникации	39	32	17	21,4	16	50	49	2
Конфиденциальность	54,3	23,5	11,1	71,4	13,3	56	76,9	0
<b>Сфера ориентации на клиента</b>								
Оперативность обслуживания	42,1	58,8	100	25	53,3	100	65,4	33,3
Качество бытовых условий	53	62	56	25	73	100	62	67
Доступ к социальной поддержке	52	47	44	7,1	27	50	58	0
Выбор	58	59	67	29	67	50	65	33

Установлено, что пожилые люди и малообеспеченные обслуживаются с меньшим уважением к их достоинству, они имеют меньшую свободу выбора, ограниченный доступ к службам социальной поддержки (табл. 1).

С сельским населением (в составе которого сконцентрированы и бедные люди) в целом обращаются хуже, чем с городским, особенно в отношении оперативности обслуживания, свободы выбора

провайдеров и качества бытовых условий при лечении.

**Выводы.** Показатель справедливости распределения отзывчивости системы здравоохранения среди населения имеет негативную динамику и составляет  $0,79 \pm 0,01$  ( $M \pm m$ ) по шкале оценки от 0 - полное неравенство до 1- полное равенство. Уязвимые группы населения, в первую очередь малообеспеченные, пожилые люди, инвалиды, сельские жители не имеют достаточного отклика системы здравоохранения на свои запросы (показатель неравенства отзывчивости составляет соответственно 0,62; 0,63; 0,64 и 0,66) через меньшее уважение их достоинства, меньшую свободу выбора поставщиков услуг, ограниченный доступ к службам социальной поддержки и худшие бытовые условия во время лечения (частота дискриминации по данным элементами соответственно 67 %, 58 %, 52 % и 53 %).

### **Литература**

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности / [Всемирная организация здравоохранения]. – Женева : Издательство ВОЗ, 2000. – 232 с.
  2. Крячкова Л. В. Досвід оцінки чутливості регіональних систем охорони здоров'я на підставі опитування домогосподарств / Л. В. Крячкова // Сучасні медичні технології. - 2014. - № 3 (23). - С. 92 – 98.
  3. Silva A. Measuring responsiveness : results of a key informants survey in 35 countries : Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series No. 21 / A. de Silva, N.Valentine. – Geneva : WHO, 2000. – 21 p.
  4. Smith P. C. Сравнение деятельности систем здравоохранения как инструмент влияния на повестку дня в области политики, информационного обеспечения и научных исследований : Краткое изложение принципов № 4 / P. C. Smith, I. Papanicolas. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012. – 54 p.
-