

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

КРЯЧКОВА ЛІЛІЯ ВІКТОРІВНА

УДК 614.2 : 613.9 : 303.423 (477)

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ЧУТЛИВОСТІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО ОЧІКУВАНЬ НАСЕЛЕННЯ**

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Харків – 2015

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Державному закладі «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Науковий консультант:

Заслужений діяч науки та техніки України, доктор медичних наук, професор **Лехан Валерія Микитівна**, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, завідувач кафедри

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Грузєва Тетяна Степанівна**, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, кафедра організації охорони здоров'я та соціальної медицини, завідувач кафедри

доктор медичних наук, професор **Децик Орина Зенонівна**, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства, завідувач кафедри

доктор медичних наук, професор **Клименко Вікторія Іванівна**, Запорізький державний медичний університет МОЗ України, кафедра охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи, завідувач кафедри

Захист відбудеться _____ 2015 року о _____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 при Харківському Національному медичному університеті МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, пр. Леніна, 4, корпус А, конференційна зала.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Харківського національного медичного університету МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, пр. Леніна, 4, корпус Б.

Автореферат розісланий « _____ » _____ 2015 року

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
к.мед.н., доцент

Л. І. Чумак

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність дослідження. Добробут та процвітання кожної держави залежать від її можливостей забезпечити розвиток і функціонування сучасної, ефективною та стійкої системи охорони здоров'я (ОЗ). В основі визначення стратегій зміцнення галузі, пошуку резервів щодо її модернізації, особливо в умовах обмеженості ресурсів, знаходиться оцінка того, наскільки ефективно система ОЗ виконує поставлені перед нею цілі (World Health Organization, 2007; А. Б. Асатова, 2009; Г. Е. Улумбекова, 2011; Р. С. Smith, I. Papanicolas, 2012).

За сучасними уявленнями, вперше оприлюдненими у доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) про стан охорони здоров'я у світі 2000 р., до основних цілей діяльності ОЗ відносяться: поліпшення стану здоров'я населення, дотримання принципу справедливості при розподілі фінансових ресурсів, підвищення чутливості системи до очікувань населення (World Health Organization, 2000) та забезпечення структурної ефективності медичного обслуговування (С. В. Шишкін та співав., 2007).

Останнє десятиліття більшість країн світу намагається зміцнити свої системи охорони здоров'я у напрямі досягнення даних цілей. Міжнародна медична спільнота у провідних стратегічних документах (Талліннська хартія «Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту», 2008; «Здоров'я – 2020: основи європейської політики і стратегія для ХХІ століття», 2013) підкреслює, що усі країни повинні добиватися найбільш повного їх досягнення з позицій загальної ефективності.

Поряд з більш загальноприйнятими векторами поліпшення діяльності, відносно новою, самостійною ціллю та індикатором ефективності медичного обслуговування виступає чутливість системи охорони здоров'я (responsiveness), що відбиває уявлення населення про відгук ОЗ на законні очікування людей у процесі надання медичної допомоги (А. de Silva, 2003; Р. С. Smith et al., 2009).

Якщо науковим розробкам щодо досягнення інших цілей діяльності системи охорони здоров'я у нашій країні приділялася увага: розроблялися концепції та проводилися дослідження щодо збереження здоров'я населення (Е. М. Лібанова та співав., 2007; В. Л. Таралло, 2007 р.; О. В. Любінець, 2011; І. В. Жалінська, 2011; Н. В. Медведовська, 2011; Л. А. Чепелевська, 2014); соціальної рівності в охороні здоров'я населення (Т. С. Грузева, 2004; 2006, 2008); забезпечення справедливого розподілу фінансових ресурсів (Г. О. Слабкий та співав., 2011; М. В. Шевченко, 2014); підвищення структурної ефективності через вплив на різні ланки медичного обслуговування, передусім первинну (М. К. Хобзей, 2009, 2010); розробки системи індикаторів розвитку охорони здоров'я (Н. М. Орлова, В. Л. Корецький, 2010; Я. А. Жаліла та співав., 2012; О. П. Корнійчук, 2013), то проблема вивчення реакції національної ОЗ на запити населення є найменш вивченою.

Дослідження рівня відгуку охорони здоров'я на громадські очікування у різних країнах світу, включаючи й Україну, проводилися в рамках міжнародних масштабних досліджень: порівняльної оцінки діяльності систем ОЗ (World health report, 2000), Всесвітнього обстеження стану здоров'я населення (World Health Survey, 2005). В Україні власних оригінальних досліджень з оцінкою загального рівня чутливості системи охорони здоров'я не проводилося, вивчалися лише окремі

її аспекти, пов'язані з повагою до людської гідності (М. В. Слабий, Д. Г. Терешкевич, 2007), забезпеченням прав пацієнтів (Н. Ф. Шишацька, 2013, 2014); вибором постачальників медичних послуг (Л. Ф. Матюха, 2011), швидкістю медичного обслуговування (О. М. Люлько, 2013).

Враховуючи те, що оцінка чутливості системи охорони здоров'я залишається недостатньо опрацьованою науковою проблемою як у світі, так і в Україні, а роботи щодо наукового обґрунтування системи її забезпечення взагалі не проводилися, назріла нагальна необхідність проведення даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами. Дослідження проводилися відповідно до положень Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір».

Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідних робіт кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» - «Наукове обґрунтування способів поліпшення ефективності системи охорони здоров'я на регіональному рівні», 2011 – 2013 рр. виконання (№ державної реєстрації 0111U008122) та «Наукове обґрунтування модернізації системи медичного обслуговування на регіональному рівні», 2014 – 2016 рр. виконання (№ державної реєстрації 0114U000928). Дисертант є їх відповідальним виконавцем.

Мета дослідження - наукове обґрунтування системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення для підвищення загальної ефективності діяльності галузі.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою передбачали:

- Провести систематизацію і узагальнення інформації щодо оцінки діяльності систем охорони здоров'я, проаналізувати роль і зміст вимірювання чутливості;
- Всебічно дослідити відгук системи охорони здоров'я на запити населення та визначити загальний рівень чутливості системи охорони здоров'я і справедливості її розподілу серед різних соціальних верств населення;
- Детально вивчити окремі елементи чутливості охорони здоров'я, виявити з них найбільш керовані та пріоритетні для її забезпечення;
- Оцінити наявність в охороні здоров'я організаційних передумов забезпечення оптимальної структурної ефективності для відповідної реакції галузі на запити населення;
- Визначити соціально-психологічні фактори формування управлінських компетенцій керівників закладів охорони здоров'я, що сприяють виконанню основних цілей системи охорони здоров'я;
- Оцінити готовність медичних працівників до забезпечення чутливості системи охорони здоров'я;
- Проаналізувати взаємозв'язки чутливості з іншими цілями галузі – забезпеченням громадського здоров'я, фінансовою доступністю медичного обслуговування та структурною ефективністю охорони здоров'я;
- Провести оцінку дієвості системи охорони здоров'я України за комплексом визначених показників в умовах існуючого інформаційного забезпечення та на підставі власних досліджень щодо забезпечення чутливості ОЗ і досягнення інших цілей галузі;

- Розробити систему забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення та оцінити її внесок у підвищення загальної ефективності діяльності галузі.

Науковою базою дослідження, яке проводилось протягом 2008 - 2014 років, стали 27 адміністративно-територіальних одиниць України, 12 закладів охорони здоров'я Дніпропетровської області.

Об'єкт дослідження: система охорони здоров'я в національному та територіальному розрізах.

Предмет дослідження: сучасний стан досягнення основних цілей системи охорони здоров'я: забезпечення здоров'я населення, фінансової справедливості, чутливості, структурної ефективності.

Методи дослідження:

- *системний підхід і аналіз* – застосовувався на всіх етапах роботи для формування та розв'язання проблеми дослідження;
- *бібліосемантичний та історичний* – для аналізу та узагальнення даних щодо визначення чутливості охорони здоров'я в рамках оцінки діяльності галузі;
- *методи потенційної демографії* – для розрахунку очікуваної тривалості здорового життя населення та показників запобіжної смертності;
- *контент-аналіз* – для виявлення основних вимог до управлінської діяльності у напрямі підвищення чутливості охорони здоров'я з позицій компетентісного підходу;
- *соціологічні* – для вивчення чутливості системи охорони здоров'я, якості життя населення, фінансової доступності медичної допомоги, профілів діяльності лікарів первинної ланки;
- *експертних оцінок* - для визначення переліку та відносної ваги окремих індикаторів структурної ефективності;
- *соціально-психологічний* - для дослідження соціально-психологічних основ формування управлінських компетенцій керівників закладів охорони здоров'я, якості трудового життя медичного персоналу, трудової мотивації медичних працівників, їх захопленості працею та залученості до ефективної роботи;
- *концептуального моделювання* – для розробки системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення;
- *економетричних оцінок* – для інтегральної оцінки результатів діяльності системи охорони здоров'я за показниками функціональності, результативності та загальної ефективності;
- *організаційний експеримент* – для оцінки результатів медичного обслуговування при запровадженні системи забезпечення чутливості на рівні закладу охорони здоров'я (ЗОЗ);
- *медико-статистичний* - для порівняльного аналізу показників здоров'я населення та використання ресурсів галузі; статистичної обробки матеріалів дослідження (методи описової та аналітичної статистики, кореляційний, лінійний та нелінійний регресійний аналізи, факторний аналіз).

Для виконання окремих завдань дослідження розроблені та/або адаптовані соціологічні анкети та оціночні коефіцієнти (інтегральні показники, індекси розподілу).

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що *вперше* в Україні:

- вивчено роль, місце та структурне наповнення чутливості охорони здоров'я до запитів населення як однієї з основних цілей діяльності галузі;
- визначено загальний рівень чутливості системи охорони здоров'я щодо очікувань населення та справедливості його розподілу серед різних груп населення;
- досліджено окремі елементи чутливості охорони здоров'я при амбулаторному та стаціонарному медичному обслуговуванні; встановлено, з урахуванням ступеню значущості та важливості, найбільш пріоритетні серед них для оптимізації відгуку галузі на запити населення;
- оцінено дотримання принципу захисту населення від фінансового ризику на підставі розрахунку та аналізу індикатора справедливості розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я;
- розроблено методика та проведено оцінку структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я з позицій спроможності забезпечення умов для відповідної реакції галузі на справедливі запити населення при наявних ресурсних можливостях;
- простежено взаємозв'язок між чутливістю системи охорони здоров'я та іншими цілями діяльності та функціями галузі;
- вивчено характеристики медичного персоналу, що визначають його готовність до забезпечення чутливості системи охорони здоров'я: якість трудового життя, мотивацію трудової діяльності, захопленість працею та залученість до ефективної роботи;
- проведено розгорнуту оцінку результатів діяльності системи охорони здоров'я України за комплексом окремих індикаторів та інтегральних показників (функціональності, результативності та загальної ефективності), що відбивають прогрес у досягненні основних цілей діяльності галузі;
- науково обґрунтовано на основі всебічного аналізу результатів дослідження систему забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення та підтверджено ефективність її впровадження на галузевому рівні за допомогою ступеневої нелінійної регресійної моделі та на рівні закладу охорони здоров'я шляхом організаційного експерименту;

удосконалено:

- методика оцінки кінцевих результатів діяльності галузі щодо забезпечення здоров'я населення: на індивідуальному рівні - шляхом визначення якості життя населення; популяційному - на підставі розрахунку за адаптованою методикою тривалості життя здорової людини;
- порівняльний аналіз спектру та обсягів втручань (профілів діяльності) лікарів первинної ланки для оцінки ефективності заходів щодо оптимізації структури медичного обслуговування;

дістало подальшого розвитку:

- вивчення соціально-психологічних основ та факторів формування необхідних управлінських компетенцій організаторів охорони здоров'я, необхідних для ефективного керівництва.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає у

доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині визначення ролі, місця та компонентного наповнення чутливості системи охорони здоров'я як однієї з основних цілей діяльності галузі.

Практичне значення одержаних результатів в тому, що вони стали підставою для:

- *удосконалення* процесу комплексного вивчення результатів діяльності системи охорони здоров'я у відповідності до міжнародних підходів оцінки досягнення основних цілей галузі;
- *проведення розрахунків* якості життя населення, тривалості життя здорової людини в Україні та смертності від причин, яким можна запобігти у трудоактивному віці 25 - 64 років на національному та територіальних рівнях;
- *встановлення* відповідності системи охорони здоров'я громадським запитам на підставі звернень громадян, що надійшли до МОЗ України, Інтернет рейтингів лікарів, соціологічних обстежень;
- *оцінки* справедливості у розподілі рівня здоров'я серед населення, тягара витрат на охорону здоров'я та інтегрального показника чутливості галузі;
- *визначення* пріоритетних напрямів забезпечення чутливості системи охорони здоров'я на підставі всебічної оцінки та аналізу її основних елементів;
- *розробки та впровадження* методики оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я для оцінки та моніторингу оптимізації структури медичного обслуговування і профілів діяльності лікарів первинної ланки;
- *перегляду* базових управлінських компетенцій, які повинен мати керівник, щоб досягти ефективної діяльності як свого закладу, так і системи охорони здоров'я в цілому та визначення критеріїв добору, підготовки і кар'єрного просування організаторів охорони здоров'я;
- *напрацювання* системи заходів щодо впливу на якість трудового життя, мотивацію та залученість медичного персоналу до ефективної роботи;
- *розробки* універсальної системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення, придатної для впровадження як на рівні закладу охорони здоров'я, так і на галузевому рівні.

Впровадження результатів дослідження у практику проводилось на державному, галузевому та регіональному рівнях.

а) на державному рівні:

- при розробці Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», затвердженої Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1164 - р від 31.10.2011;

б) на галузевому рівні шляхом

- використання отриманих результатів у наукових дослідженнях ДУ «Український інститут стратегічних досліджень» МОЗ України (лист №344/1 від 4.08.2014 р.);
- викладення теоретичних і методичних питань дослідження у двох методичних рекомендаціях (свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір №52558 та №52559 від 13.12.2013 р.); двох інформаційних листах (№ 252-2013, вип. 7, 2013 р.; № 364-2013, вип. 9, 2014 р.); трьох галузевих нововведеннях (№ 277/39/13; 280/39/13; № 281/39/13).

в) на регіональному рівні шляхом:

- впровадження системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення у Комунальному закладі «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 5» м. Дніпропетровська (3 акти впровадження від 15.01.2014 р.) та її окремих елементів у практичну діяльність 16 закладів охорони здоров'я Дніпропетровської області (31 акт впровадження);
- використання у навчальному процесі на профільних кафедрах Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» та Ужгородського національного університету (3 акти впровадження).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійно виконаною науковою працею автора. Дисертантом особисто визначено напрямок, мету і програму дослідження; проаналізовано стан проблеми забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення; розроблено або адаптовано анкети, опитувальники, карти експертної оцінки; проведено збір матеріалу; всебічно вивчено стан чутливості системи охорони здоров'я; розроблено методику та проведено на її підставі оцінку структурної ефективності національної та територіальних систем охорони здоров'я, проаналізовано зміну профілів діяльності лікарів первинної ланки; розраховано показники якості життя населення, запобіжної смертності, тривалості життя здорової людини, індикатори справедливості розподілу громадського здоров'я, чутливості галузі та тягаря витрат на охорону здоров'я; на підставі факторного аналізу визначено соціально-психологічні чинники формування необхідних управлінських компетенцій керівників закладів охорони здоров'я; вивчено якість трудового життя, трудову мотивацію, захопленість та залученість медичного персоналу до ефективної роботи; проведено оцінку результатів діяльності системи охорони здоров'я за комплексом окремих та інтегральних показників; розроблено систему забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення та доведено її ефективність.

Дисертантом систематизовано накопичений експериментальний матеріал, проведено його статистичну обробку, аналіз одержаних результатів та їх інтерпретацію, сформульовано висновки, що знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Результати досліджень співавторів наукових публікацій у дисертаційній роботі не використані.

Розроблені дисертантом наукові положення та одержані дані є самостійним внеском у вирішення проблеми забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення.

Апробація результатів дисертації. Результати та основні положення дисертаційного дослідження викладені у доповідях та тезах доповідей, представлених автором:

а) на міжнародному рівні: на науково-методичній конференції з міжнародною участю «Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів» (м. Київ, 2007 р.); міжнародних науково-практичних конференціях, присвячених Всесвітньому дню здоров'я (м. Київ, 2007 р., 2008 р., 2009 р., 2012 р., 2013 р.); XIV (м. Донецьк – Київ – Чикаго, 2012 р.) та XV (м. Чернівці, 2014 р.) конгресах СФУЛТ; XII конгресі ВУЛТ (м. Київ, 2013 р.); IX mezinárodní vědecko - praktická

konference «Přední vědecké novinky – 2013» (Praha, 2013 p.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сьогодення та майбутнє сімейної медицини» (м. Київ, 2014 p.); міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання скринінгу та профілактики захворювань у практиці сімейного лікаря» (м. Ужгород, 2014 p.); міжнародній конференції «Медицинская профессура СССР» (м. Москва, 2014 p.); X mezinárodní vědecko - praktická konference «Aplikované vědecké novinky – 2014» (Praha, 2014 p.).

б) на національному рівні: на IV та V з'їздах спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я (м. Житомир, 2008 p., 2012 p.); першій науково-практичній конференції «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні» (м. Київ, 2012 p.); науково-практичній конференції «Медико-соціальні питання в реформуванні сфери охорони здоров'я», присвяченій пам'яті професора В. М. Пономаренка (м. Київ, 2013 p.).

Публікації. Результати дисертаційної роботи опубліковані у 71 науковій праці, 24 з яких відображають основні наукові результати (17 статей у фахових наукових виданнях, рекомендованих МОН ДАК України та 7 публікацій в іноземних наукових журналах та у виданнях України, включених до міжнародних наукометричних баз), 20 – праці апробаційного характеру, 27 – додатково представляють наукові результати дослідження в інших виданнях.

Обсяг і структура роботи. Повний текст дисертаційної роботи викладено на 407 сторінках друкованого тексту, з них основного тексту - 295 сторінок. Дисертація складається із вступу, аналітичного огляду літератури, програми дослідження та 6 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, 13 додатків. Список використаних джерел налічує 437 найменувань (з них 252 – вітчизняних та країн СНД і 185 іншомовних). Дисертацію проілюстровано 53 таблицями та 68 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У *першому розділі* «Шляхи забезпечення чутливості охорони здоров'я як однієї з основних цілей діяльності галузі (огляд літератури)» представлено системний огляд наукової літератури за темою дослідження, результати якого засвідчили, що проблема відгуку охорони здоров'я на запити населення є складною, багатокомпонентною та малорозробленою як в Україні, так і у світі.

Доведено, що для вивчення чутливості охорони здоров'я (визначення того, як дана мета ОЗ виконується та співвідноситься з іншими цілями і функціями галузі) найдоцільніше використовувати концептуальний підхід оцінки діяльності систем охорони здоров'я (ОДСОЗ), запропонований та вперше оприлюднений ВООЗ у доповіді про стан систем охорони здоров'я у світі (2000 p.) з певними модифікаціями, доповненнями і уточненнями, виходячи з можливостей та потреб національної системи охорони здоров'я (рис. 1).

Забезпечення чутливості галузі на сучасному етапі розвитку медичної науки та практики розглядається як ступінь реакції системи ОЗ на законні очікування людей, пов'язані з неклінічними аспектами медичного обслуговування, що характеризується двома сферами: особистою - повагою до людської гідності (об'єднує елементи -

гідність, автономія, комунікація і конфіденційність) та споживчою - орієнтацією на клієнта (оперативність/швидкість обслуговування, якість побутових умов у закладі охорони здоров'я, вибір постачальників медичних послуг та доступ до соціальної підтримки під час лікування).

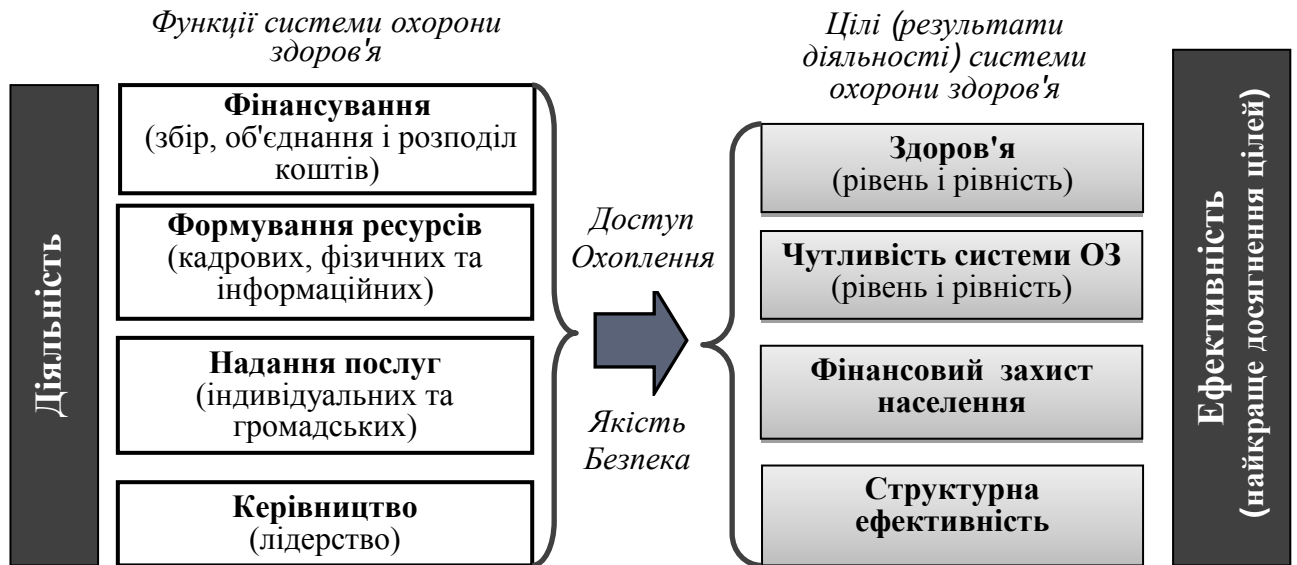


Рис. 1. Адапована структурна схема ВООЗ для оцінки діяльності системи охорони здоров'я (ВООЗ, 2000, 2007; С. В. Шишкін та співав., 2007)

За результатами літературного огляду визначено, що впровадження системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення - ефективний шлях зміцнення галузі, оскільки: забезпечує досягнення однієї з найбільш керованих цілей діяльності, не вимагає суттєвого додаткового ресурсного наповнення та призведе до підвищення загальної ефективності охорони здоров'я.

У другому розділі «Програма, методи та об'єкт дослідження» наведено розроблену на базі системного підходу програму дослідження (рис. 2).

Перший етап передбачав вивчення стану наукових розробок та наявного досвіду щодо оцінки діяльності системи охорони здоров'я у напрямі досягнення основних цілей, включно з забезпеченням чутливості медичного обслуговування. Системний аналіз виявлених джерел інформації дозволив конкретизувати напрямок, об'єкт та предмет дослідження, розробити програму, сформулювати мету, завдання, обґрунтувати методи і обсяг досліджень, що лягло в основу другого етапу роботи.

На третьому етапі проведена оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я України за комплексом визначених показників, розрахунок яких можливий в умовах існуючого інформаційного забезпечення. Були проаналізовані показники: для оцінки загального рівня здоров'я та розподілу рівня здоров'я серед населення – очікувана тривалість життя при народженні (ОТЖ), тривалість життя здорової людини (ТЖЗЛ), англ. Healthy Life Expectancy (HALE), показник запобіжної смертності; для оцінки фінансової захищеності – частка прямих витрат домогосподарств та її вплив на фінансову доступність медичної допомоги, індикатор справедливості розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я; для оцінки чутливості – показники відповідності системи громадським запитам та уподобанням за звертаннями громадян до МОЗ України та даними Інтернет рейтингів лікарів.

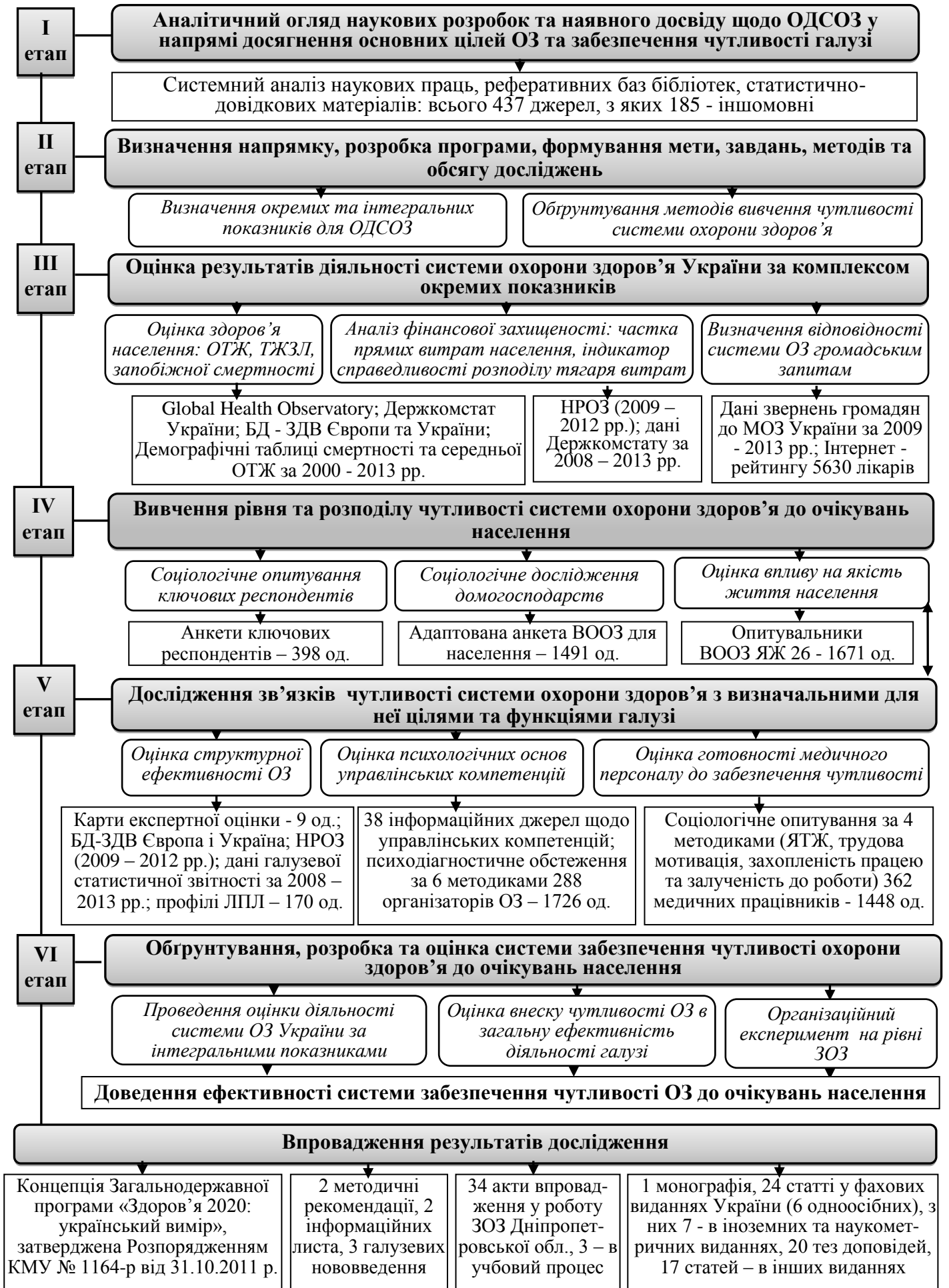


Рис. 2. Програма, матеріали, обсяг і методи дослідження

Методичне забезпечення дослідження		Методичне забезпечення дослідження	
Етапи	Використані методи	Етапи	Використані методи
I - VI	Системний підхід і аналіз	IV - VI	Соціологічний
I	Історичний	V	Експертних оцінок
I, V	Бібліосемантичний	VI	Концептуального моделювання
III	Потенційної демографії	VI	Економетричних оцінок
V	Соціально-психологічний	VI	Організаційний експеримент
V	Контент-аналіз	II - VI	Медико-статистичний

На четвертому етапі дослідження всебічно вивчалася проблема чутливості охорони здоров'я – визначався її рівень та розподіл серед різних соціальних груп населення. Дослідження зв'язків чутливості ОЗ з іншими цілями діяльності галузі (з якістю життя населення як показником індивідуального рівня здоров'я та фінансовою доступністю медичної допомоги) і провідними функціями охорони здоров'я (з організацією надання медичної допомоги на підставі оцінки структурної ефективності галузі, керівництвом за психологічними основами провідних управлінських компетенцій та умовами роботи і віддачею медичного персоналу) здійснювалося на п'ятому етапі роботи.

Результати попередніх етапів дослідження дозволили обґрунтувати та розробити систему забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення (шостий етап).

Для інформаційного забезпечення дослідження використовувалися: база даних Global Health Observatory Data Repository (2000 – 2013 pp.); World Factbook 2013 – 2014; Європейська база даних «Здоров'я для всіх» за період 2000 - 2013 pp.; База даних «Здоров'я для всіх» Україна за період 2000 - 2013 pp.; дані Державної служби статистики України (2000 - 2013 pp.); демографічні таблиці смертності та середньої очікуваної тривалості життя Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України за 2000 - 2013 pp.; Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2008 - 2012 pp.; дані галузевої статистичної звітності (2008 – 2013 pp.); матеріали сайту Міністерства охорони здоров'я щодо звернень громадян, що надійшли до МОЗ України протягом 2009 - 2013 pp.; сайту «Перший народний рейтинг лікарів України» (5630 лікарів, станом на 21.09.2014 р.).

Вони доповнювалися результатами даних власних спеціальних вибірових досліджень: соціологічного опитування ключових респондентів (КР) – лікарів, пацієнтів, організаторів охорони здоров'я, наукових працівників, найбільш обізнаних у питаннях організації медичного обслуговування (398 осіб) за самостійно розробленою на підставі рекомендацій ВООЗ структурованою анкетною; соціологічного обстеження 1491 представників домогосподарств з 17 регіонів України, опитаних методом стандартизованого інтерв'ю за допомогою адаптованої анкети ВООЗ; даних опитування населення (1671 осіб) щодо якості життя (ЯЖ) за опитувальником ВООЗ ЯЖ – 26 (WHOQOL-BREF); даних експертної оцінки визначення складових інтегрального показника структурної ефективності 9 організаторів ОЗ з достатнім середнім рівнем обізнаності - $0,88 \pm 0,10$ ($M \pm SD$) бали за

шкалою від 0 до 1, аргументованості - $0,81 \pm 0,09$ бали та компетентності - $0,84 \pm 0,09$ бали; результатів оцінки спектру та обсягу роботи (профілів діяльності) 170 лікарів первинної ланки (ЛПЛ) Дніпропетровського регіону на підставі стандартизованої анкети, розробленої Нідерландським інститутом первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД); даних психодіагностичного обстеження при співпраці з співробітниками лабораторії психофізіологічних досліджень ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» 288 організаторів охорони здоров'я трьох рівнів управління за 6 стандартними, валідними методиками (1726 од.); даних соціологічного опитування 362 медичних працівників 12 закладів охорони здоров'я Дніпропетровської області за 4 методиками - якість трудового життя (ЯТЖ, методика А. П. Егоршина, 2003), трудова мотивація (С. В. Шишкін та співав., 2008), захопленість працею (W. Schaufeli, A. Bakker, 2004; Д. А. Кутузова, 2006; Е. Ю. Мандрикова, А. А. Горбунова, 2012) та залученість до роботи (Gallup Q12, 2013) - 1448 од.

Репрезентативність вибірових сукупностей при проведенні соціологічних та соціально-психологічних досліджень забезпечувалась як типологічними властивостями вибірок (населення, організатори ОЗ, медичні працівники), так і розрахунком необхідного обсягу спостережень за загальновідомими методиками.

Доведення ефективності запропонованої системи забезпечення чутливості здійснювалося шляхом оцінки результатів медичного обслуговування при її впровадженні на рівні закладу охорони здоров'я (організаційний експеримент) та визначення внеску чутливості ОЗ у загальну дієвість галузі, попередньо визначеної на підставі інтегральних коефіцієнтів: показника функціональності по рівню здоров'я; показника результативності, що акумулював у собі окремі індикатори досягнення цілей ОЗ; показника загальної ефективності діяльності. Залежність показника загальної ефективності ОЗ від інтегрального коефіцієнту чутливості визначалась на підставі ступеневої нелінійної регресійної моделі.

При статистичному аналізі результатів дослідження розраховувались відносні і середні величини, проводилась перевірка нормальності розподілу кількісних показників з використанням критеріїв Колмогорова-Смірнова і Шапіро-Уїлка з виправленням Ліллефорса; перевірка рівності дисперсій за допомогою критерію Фішера (F); оцінка достовірності різниці середніх для кількісних ознак з нормальним розподілом за критерієм Ст'юдента (t); оцінка достовірності різниці середніх для кількісних ознак з ненормальним розподілом за критерієм Манна-Уїтні (U) для непов'язаних вибірок та критерієм Вілкоксона (W) для пов'язаних вибірок; вірогідність різниці відносних показників з використанням критерію Хі-квадрат (χ^2) Пірсона, у тому числі з поправкою Йейтса при значеннях показника, близьких до 0 або 100; оцінка погодженості думки експертів за коефіцієнтом конкордації Кендалла. Множинні порівняння проводилися з поправкою Бонферроні та Холма. Проводився кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена (ρ), лінійної кореляції Пірсона (r); регресійний аналіз з розрахунком множинних (R) і парціальних (часткових) коефіцієнтів кореляції (r), коефіцієнтів детермінації (R^2), а також ступеня впливу окремих факторів на результативну ознаку (K, %) та факторний аналіз. Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc.,

серійний № AGAR909E415822FA) та Excel-2010.

У третьому розділі «Оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я України на підставі існуючого інформаційного забезпечення» показано, що система охорони здоров'я України суттєво відстає від розвинених Європейських країн за кінцевими показниками діяльності – інтегральними показниками здоров'я населення: очікувана тривалість життя при народженні менше на 5,64 років за середньоєвропейський показник, ТЖЗЛ - на 4,16 років. Тривалість життя здорової людини, яка складала за даними ВООЗ у 2012 році 63 роки (за власними розрахунками у 2013 р. - 61,51 роки) для обох статей, не зважаючи на позитивну динаміку за останні 2 – 3 роки, відповідає лише 44 місцю у рейтингу 53-х Європейських країн, випереджаючи лише Росію, Молдову та Центральноазіатські країни. Тривалість життя здорової людини серед чоловіків менша порівняно з жінками на 8 років за даними ВООЗ (6,46 років за даними власних досліджень), що менше гендерної різниці ОТЖ у 10 років і свідчить про те, що жінкам належить в середньому прожити більш довге життя, ніж чоловікам, хоча і з тривалішим періодом обмеження повсякденної життєдіяльності через проблеми із здоров'ям.

Потенціал позитивного впливу галузі на здоров'я населення не реалізується повною мірою - одна третина українців (30,37 %) у трудоактивному періоді (у віці 25 - 64 років) помирає від причин, яким можна запобігти шляхом первинної профілактики (66,26 % причин у структурі запобіжної смертності обох статей), належної діагностики і лікування (5,83 %) та ефективного медичного обслуговування (27,91 %). Показники запобіжної смертності від причин, які можливо нейтралізувати діями безпосередньо системи охорони здоров'я - вторинною профілактикою та ефективною медичною допомогою, практично не змінилася протягом останніх 3-х років, як у чоловіків, так і у жінок.

Відсутня справедливість у розподілі фінансових ресурсів. За останні 12 років (2002 – 2013 рр.) індикатор справедливості розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я зменшився на 17,22 %; за останній рік спостереження (з 2012 по 2013 рр.) збільшився на 1,96 % і склав у 2013 році 0,625 за шкалою від 0 (крайня нерівність) до 1 (повна рівність), що на 37,5 % менше максимально можливого рівня (рис. 3).

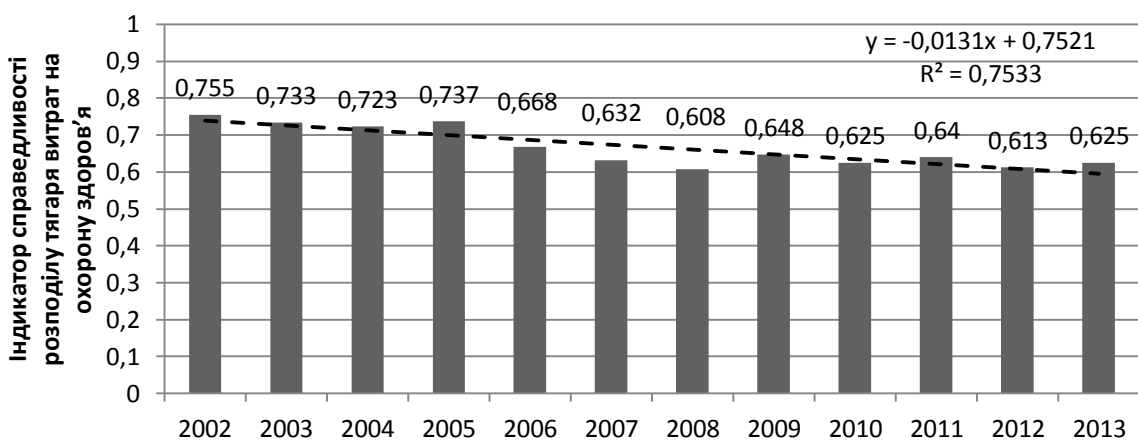


Рис. 3. Індикатор справедливості розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я в Україні у 2002 - 2013 рр. за шкалою від 0 (крайня нерівність) до 1 (повна рівність)

Система охорони здоров'я не повністю відповідає громадським запитам - частота усіх скарг громадян у загальній кількості звернень, що надійшли до МОЗ України складає $8,27 \div 15,04 \%$, а питома вага в їх структурі нарікань на грубе, формальне ставлення до хворих, їх рідних становить $4,96 \div 19,2 \%$; кількість скарг на неправомірні дії медпрацівників з 2009 року зросла у 2,6 рази. Інтернет оцінки ставлення лікарів до пацієнтів, незважаючи на зміщення в бік високих значень, менше максимально можливого рівня на $20,4 \div 30,6 \%$, що свідчить про недостатнє досягнення галуззю такої цілі як забезпечення чутливості охорони здоров'я.

Відзначається низький рівень соціальної справедливості у рівні здоров'я та доступності медичної допомоги серед різних демографічних та соціальних категорій. У найбільш несприятливому становищі опиняються інваліди, сільські мешканці та малозабезпечені верстви населення. Спостерігаються також гендерні (в ОТЖ, тривалості життя здорової людини, запобіжній смертності) та територіальні розбіжності показників.

У четвертому розділі «Дослідження чутливості системи охорони здоров'я до очікувань населення» представлено всебічну оцінку відгуку галузі на запити населення на підставі опитування ключових респондентів та соціологічного обстеження домогосподарств.

Оцінка чутливості системи охорони здоров'я показала, що скорегований на вагу основних елементів, інтегральний показник чутливості нижче середнього рівня і складає за десятибальною шкалою $4,84 \pm 0,12$ бали ($M \pm m$) за оцінками ключових респондентів та $4,20 \pm 0,06$ бали за обстеженням домогосподарств (табл. 1).

Таблиця 1

Рівень зваженого за внеском основних елементів показника чутливості системи охорони здоров'я

Основні елементи чутливості	Вага у формуванні результуючого показника (у %)	Основні елементи чутливості	Вага у формуванні результуючого показника (у %)
<i>Сфера - повага людини, всього</i>	49 %	<i>Сфера - орієнтація на клієнта, всього</i>	51 %
Повага до гідності	17 %	Оперативність обслуговування	19,7 %
Автономія	12,5 %	Вибір провайдера	11,6 %
Комунікація	11 %	Якість умов	10,1 %
Конфіденційність	8,5 %	Доступ до соціальної підтримки	9,6 %
<i>Скорегований на вагу елементів показник загального рівня чутливості за 10 бальною шкалою ($M \pm m$), бали</i>			
За оцінками ключових респондентів (обізнаних прошарків споживачів та надавачів медичних послуг)			$4,84 \pm 0,12$
За соціологічним обстеженням домогосподарств			$4,20 \pm 0,06$

Аналіз зваженого показника чутливості серед різних категорій ключових респондентів показав, що існують суттєві розбіжності ($p \leq 0,01$) в оцінках чутливості

різними учасниками системи охорони здоров'я: найменші оцінки надають науковці ($3,54 \pm 0,16$ бали) та населення ($4,46 \pm 0,16$ бали), найбільші - організатори охорони здоров'я ($5,76 \pm 0,23$ бали, що на 19 % вище середньої оцінки) та лікарі приватних закладів ($6,16 \pm 0,27$ бали, що на 27,27 % вище середньої оцінки). Це свідчить про завищення оцінок чутливості надавачами медичних послуг порівняно із споживачами через захисну позицію провайдерів, котрі вважають свій відгук на запити населення адекватним. Виявлено суттєві ($p < 0,05$) територіальні та соціальні розбіжності в інтегральній оцінці показника чутливості системи охорони здоров'я домогосподарствами: найбільший показник у Західних регіонах України ($4,95 \pm 0,66$ бали), найнижчий - у Східних ($3,11 \pm 0,2$); показник у міських жителів ($4,58 \pm 0,64$) на 15,37 % вищий порівняно з мешканцями села ($3,97 \pm 0,29$); у респондентів старших за 60 років ($3,75 \pm 0,08$) на 10,71 % нижче загального зваженого індикатора, у інвалідів ($3,89 \pm 0,01$ бали) - на 7,38 %; у найбільш заможних за рівнем середньомісячних середньодушових доходів ($3,46 \pm 0,22$) на 25,87 % нижче показника високодохідних груп ($4,49 \pm 0,26$).

Показник справедливості розподілу індикатора чутливості серед населення низький і складає $0,79 \pm 0,01$ ($M \pm m$) за шкалою оцінки від 0 - повна нерівність до 1 - повна рівність. Вразливі групи населення, в першу чергу малозабезпечені, люди похилого віку, інваліди, сільські мешканці не мають достатнього відгуку системи охорони здоров'я на свої запити (показник нерівності відповідно 0,62; 0,63; 0,64 та 0,66) через меншу повагу до їх гідності (частота дискримінації 67 %), меншу свободу вибору надавачів послуг (58 %), обмежений доступ до служб соціальної підтримки (52 %) та гірші побутові умови під час лікування (53 %). Представники домогосподарств підтвердили несприятливі умови з точки зору реагування системи для малозабезпечених - через відсутність грошей 17,2 % опитаних стикалися з незадовільним поведінням у закладах охорони здоров'я. Поряд з цим, населення практично не відчуває проблем невідповідної реакції галузі через національність, відсутність страховки, расову приналежність, колір шкіри, стать, мову, релігію та політичні погляди.

Детальна оцінка основних елементів чутливості охорони здоров'я, дозволила виявити їх переважно посередні значення. Більш низькі оцінки за 10-ти бальною шкалою, на думку ключових респондентів, мають елементи, які потребують додаткового вкладення ресурсів: якість побутових умов, комунікації, можливість вибору постачальників медичних послуг та автономія пацієнтів ($4,3 \pm 0,16$; $4,9 \pm 0,11$; $5,1 \pm 0,16$ та $5,1 \pm 0,14$ бали відповідно); більш високо оцінені елементи - конфіденційність та доступ до системи соціальної підтримки ($5,9 \pm 0,15$ та $6,2 \pm 0,14$ бали відповідно) можна розглядати як компенсацію незадовільного обслуговування у закладах охорони здоров'я.

Між амбулаторним та стаціонарним медичним обслуговуванням не спостерігається суттєвих відмінностей ($p > 0,05$) у бальних оцінках окремих елементів чутливості (табл. 2). При обстеженні домогосподарств, як і ключових респондентів, велику частку негативних оцінок (від «задовільно» до «дуже погано») отримали якість побутових умов (50,44 % при амбулаторному лікуванні та 47,99 % при стаціонарному), автономія (43,39 % та 48,98 %) та можливість вибору постачальників медичних послуг (37,08 % та 43,45 %). Невисокі оцінки у

представників домогосподарств на відміну від КР отримала оперативність (швидкість) медичного обслуговування: 43,79 % задовільних оцінок при амбулаторному лікуванні та 44,8 % при стаціонарному.

Таблиця 2

Оцінка основних елементів чутливості системи охорони здоров'я при амбулаторному та стаціонарному медичному обслуговуванні (за даними соціологічного дослідження домогосподарств)

Елементи чутливості	Амбулаторне медичне обслуговування		Стаціонарне медичне обслуговування	
	% опитаних, які оцінили елемент як			
	«добре» та «дуже добре»	«посередньо», «погано» та «дуже погано»	«добре» та «дуже добре»	«посередньо», «погано» та «дуже погано»
Сфера поваги до людини				
Повага до гідності	63,58	36,42	66,55	33,45
Конфіденційність	64,34	35,66	63,75	36,25
Автономія	56,61	43,39	51,02	48,98
Комунікація	65,71	34,29	65,5	34,5
Сфера орієнтації на клієнта				
Вибір	62,92	37,08	56,55	43,45
Оперативність обслуговування	56,21	43,79	55,2	44,8
Якість побутових умов	49,56	50,44	52,01	47,99

Комунікація, що не високо оцінюється ключовими респондентами, за даними обстеження домогосподарств, отримала велику частку хороших та дуже хороших оцінок, як при амбулаторному, так і при стаціонарному лікуванні (65,71 % та 65,5 % відповідно), також високо оцінюються конфіденційність (64,34 % та 63,75 %) і повага до гідності (63,58 % та 66,55 %). Серед елементів чутливості стаціонарної допомоги найбільш високу оцінку (67,34 % позитивних характеристик) на відміну від КР, отримав доступ до соціальної підтримки.

По кожному елементу чутливості відмічаються певні проблемні моменти: є утруднення з вибором лікаря та медичного закладу, що зазначили 39,75 % та 33,09 % домогосподарств відповідно та 1,8 % ÷ 12,9 % ключових респондентів; чверть пацієнтів (25,67 %) незадоволені термінами госпіталізації, кожен п'ятий (20,48 %) відмічає зволікання у процесі стаціонарного лікування, третина (29,34 %) – амбулаторного; 17,19 % доводилося чекати на результати лабораторних аналізів та/або діагностичних тестів більше трьох днів; у 16,14 % ніколи не питали дозволу перш ніж почати процедури або взяти аналізи; 8,18 % відзначили, що розмови з ними велися не приватно, а 4,03 % вказали на те, що їх особисту інформацію розголошували без дозволу; 1,97 % опитаних скаржилися, що їх ніколи уважно не вислуховували, а 3,54 % не розуміли зміст призначень та рекомендацій лікаря; потреба брати участь у обговоренні власного лікування у більшості опитаних (58,67 %) задовольнялася лише частково.

Оцінка ступеню задоволеності окремими елементами чутливості та побудова рейтингу їх важливості дозволили за результатами двохмірного аналізу «важливість - задоволеність» визначити пріоритетні напрями оптимізації відгуку системи на запити населення. Серед них - оперативність (швидкість) медичного обслуговування та можливість вільного вибору постачальників медичних послуг.

Оцінка досягнення системою охорони здоров'я інших цілей, пов'язаних з чутливістю (забезпечення здоров'я за показниками якості життя та фінансової доступності) показала, що більшість опитаних вважають своє здоров'я та якість життя середніми та нижчими за середній рівень (64,46 % та 46,12 % відповідно). Стан власного здоров'я респонденти оцінюють у $69,71 \pm 0,51$ бали, якість життя у $57,85 \pm 0,56$ бали за 100 бальною шкалою (у $12,61 \pm 0,1$ бали за 20 бальною шкалою), що нижче максимально можливого рівня на 30,29 % та 42,15 % відповідно.

Спостерігається певна соціальна нерівність у стані здоров'я різних верств населення: у територіальному розрізі більш високі показники якості життя і здоров'я спостерігаються у Західних регіонах України (оцінка здоров'я - $73,22 \pm 1,28$ бали) порівняно із Східними ($62,75 \pm 1,21$ бали); здоров'я селян (самооцінка здоров'я $66,56 \pm 0,61$ бали; ЯЖ $11,39 \pm 0,52$ бали) гірше за самопочуття городян (відповідно $71,25 \pm 0,55$ та $12,92 \pm 0,19$ бали); якість життя осіб старших за 60 років ($10,42 \pm 1,35$ бали) менша загального рівня ЯЖ на 17,38 % ($p < 0,05$); показник якості життя респондентів з найвищими середньодушовими доходами ($17,36 \pm 0,84$ бали) більше показника самої низькодоходної групи ($10,77 \pm 1,53$ бали) на 61,19 % ($p < 0,001$); у респондентів з вищою освітою якість життя ($13,46 \pm 0,7$ бали) перевищує показник групи з початковою / незакінченою середньою освітою ($10,05 \pm 1,89$ бали) на 33,93 % ($p < 0,05$).

На ЯЖ прямий середньої сили вплив здійснює стан здоров'я населення (парціальний коефіцієнт кореляції з бальною самооцінкою здоров'я $r = 0,41$; $p = 0,04$); прямий слабкий вплив - рівень доходу ($r = 0,19$; $p = 0,04$), освіти ($r = 0,16$; $p = 0,05$); зворотній середньої сили вплив - вік ($r = -0,23$; $p = 0,01$). Тобто чим старші, бідніші та менш освічені люди, тим нижче вони оцінюють власну якість життя.

Оцінка справедливості витрат на медичне обслуговування показала, що на лікування основного захворювання респонденти витрачають у середньому $411,32 \pm 21,06$ гривень на місяць (за цінами 2012 – 2013 рр.). Суттєво більші витрати несуть хворі, інваліди (в 2,2 рази більше), літні люди та малозабезпечені. Частка щомісячних витрат населення на медичне обслуговування від величини середньомісячного доходу складає $16,56 \pm 1,2$ % серед усіх опитаних груп, вона суттєво більша у сільських жителів ($21,47 \pm 1,77$ %); населення з низьким соціальним статусом ($23,49 \pm 3,43$ %). Показник катастрофічних платежів за часткою домогосподарств з витратами на медичне обслуговування, що перевищує середньомісячний прожитковий мінімум складає 3,89 %, за часткою домогосподарств, що витрачають з власної кишені 40 % або більше відсотків доходу на медичні потреби - 8,04 %. Катастрофічні витрати несуть переважно малозабезпечені та люди з поганим здоров'ям (79,31 %).

За результатами обстеження домогосподарств виявлено складні взаємозв'язки між цілями охорони здоров'я (рис. 4).

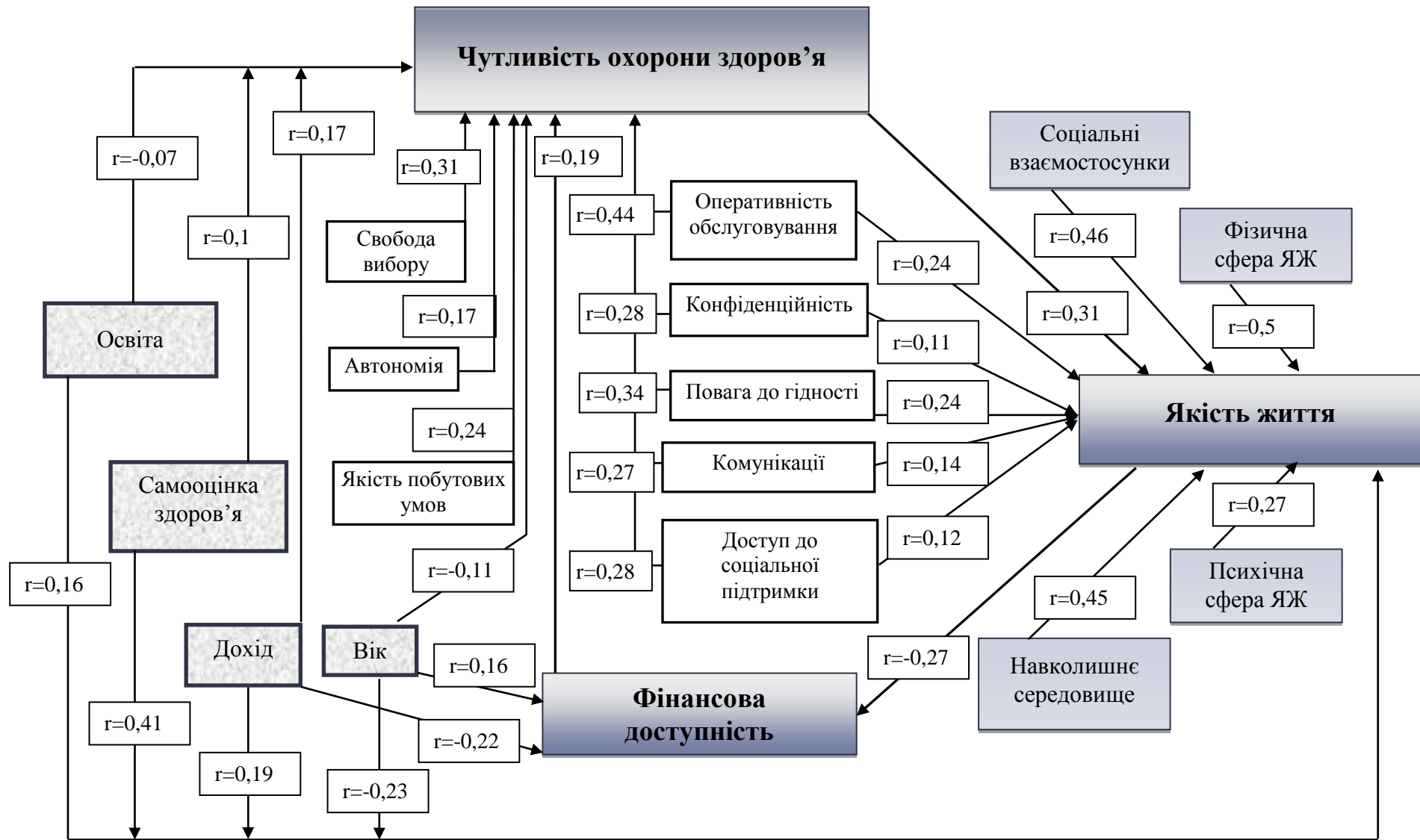


Рис. 4. Кореляційна плеяда взаємозв'язків основних цілей охорони здоров'я: забезпечення здоров'я населення (за показником якості життя), фінансової доступності (за показником частки середньомісячних витрат від доходу на медичне обслуговування) та чутливості системи ОЗ (за інтегральним зваженим показником) у парціальних коефіцієнтах кореляції ($p < 0,05$)

Простежується вплив чутливості системи охорони здоров'я на якість життя населення - позитивний, середньої сили кореляційний зв'язок (парціальний коефіцієнт кореляції $r=0,31$; $p<0,001$), що свідчить про більший високий рівень ЯЖ у пацієнтів які отримують відповідну реакцію галузі на свої запити. На якість життя пацієнтів серед основних елементів чутливості ОЗ найбільшою мірою впливають швидкість медичного обслуговування та повага до людської гідності (тотожні парціальні коефіцієнти кореляції $r=0,24$; $p<0,001$). Якість життя в свою чергу впливає на розмір частки фінансових витрат населення на медичне обслуговування - слабкий зворотній зв'язок (парціальний коефіцієнт кореляції $r=-0,27$; $p<0,0001$), що свідчить про зниження медичних витрат при поліпшенні здоров'я. Поряд з цим, чим більше витрачає населення на медичне обслуговування, тим отримує більш інтенсивну реакцію системи на свої запити - частка фінансових витрат на медичне обслуговування пов'язана з інтегральним показником чутливості охорони здоров'я прямим слабким зв'язком ($r=0,19$; $p<0,0001$).

У *п'ятому розділі* «Оцінка структурної ефективності системи охорони здоров'я як основи для відповідної реакції галузі на запити населення» наведено результати оцінки структури медичної допомоги територіальних систем охорони здоров'я за допомогою самостійно розробленої методики.

Вона дозволяє згорнути визначені окремі індикатори (частку витрат на стаціонарну допомогу у загальних витратах на охорону здоров'я з вагою 5,6 за 10-ти бальною шкалою; частку лікарів загальної практики/сімейної медицини у загальному числі лікарів - 5,1; число лікарняних ліжок на 100 000 населення - 4,5; частку лікарень з потужністю до 50 ліжок у загальній кількості закладів, що надають стаціонарну допомогу - 3,9; частку лікарів первинної ланки у загальному числі лікарів - 3,3; число стаціонарів на 100 000 населення - 2,8; число ліжко-днів на одного жителя на рік - 2,2) в інтегральний показник структурної ефективності (S).

Проведена за зазначеною методикою оцінка, показала недостатню структурну ефективність діючої системи охорони здоров'я як на національному рівні (інтегральний показник структурної ефективності охорони здоров'я України у 2013 році $S=0,434$ за шкалою нормування від 0 – найгірша до 1 – найкраща структурна ефективність), так і на регіональних рівнях ($S=0,32\div 0,658$ у регіонах в 2012 р.).

Спостерігаються регіональні розбіжності структурної ефективності охорони здоров'я (рис. 5), пов'язані як з розмежуванням первинної і вторинної медичної допомоги в рамках модернізації галузі пілотних регіонів (Вінницька область у 2012 р. $S=0,658$, збільшення на 61,07 % порівняно з 2009 р.; Дніпропетровська область $S=0,644$, збільшення у 2,3 рази; Донецька область - $S=0,523$, збільшення на 72,33 %) так і з розвиненістю інституту загальнолікарської практики/сімейної медицини та стаціонарозамінюючих технологій на певних територіях (Житомирська область $S=0,500$; Закарпатська - 0,494; Тернопільська - 0,487).

Позитивний ефект від поліпшення структурної ефективності систем охорони здоров'я Дніпропетровського регіону відбився на зміні профілів діяльності лікарів первинної ланки, які стали більш профілактично спрямованими (рутинне вимірювання кров'яного тиску у 2012 – 2013 рр. здійснює 96,7 % лікарів первинної ланки незалежно від первісної причини звернення порівняно з 60,8 % у 2008 – 2009 рр., $p<0,05$); координуючими (розширюється роль ЛПЛ у якості зони першого

контакту при проблемах зі слухом та зором, хронічних та гострих захворюваннях, новоутвореннях), безперервними (частка ЛПЛ з активною участю у лікуванні та подальшому спостереженні за пацієнтами з застійною серцевою недостатністю, пневмонією, неускладненим діабетом II типу, інфарктом міокарду зростає з 55,88 % ÷ 79,41 % у 2008 – 2009 рр. до 90 % ÷ 96,67 % у 2012 – 2013 рр., $p < 0,05$).

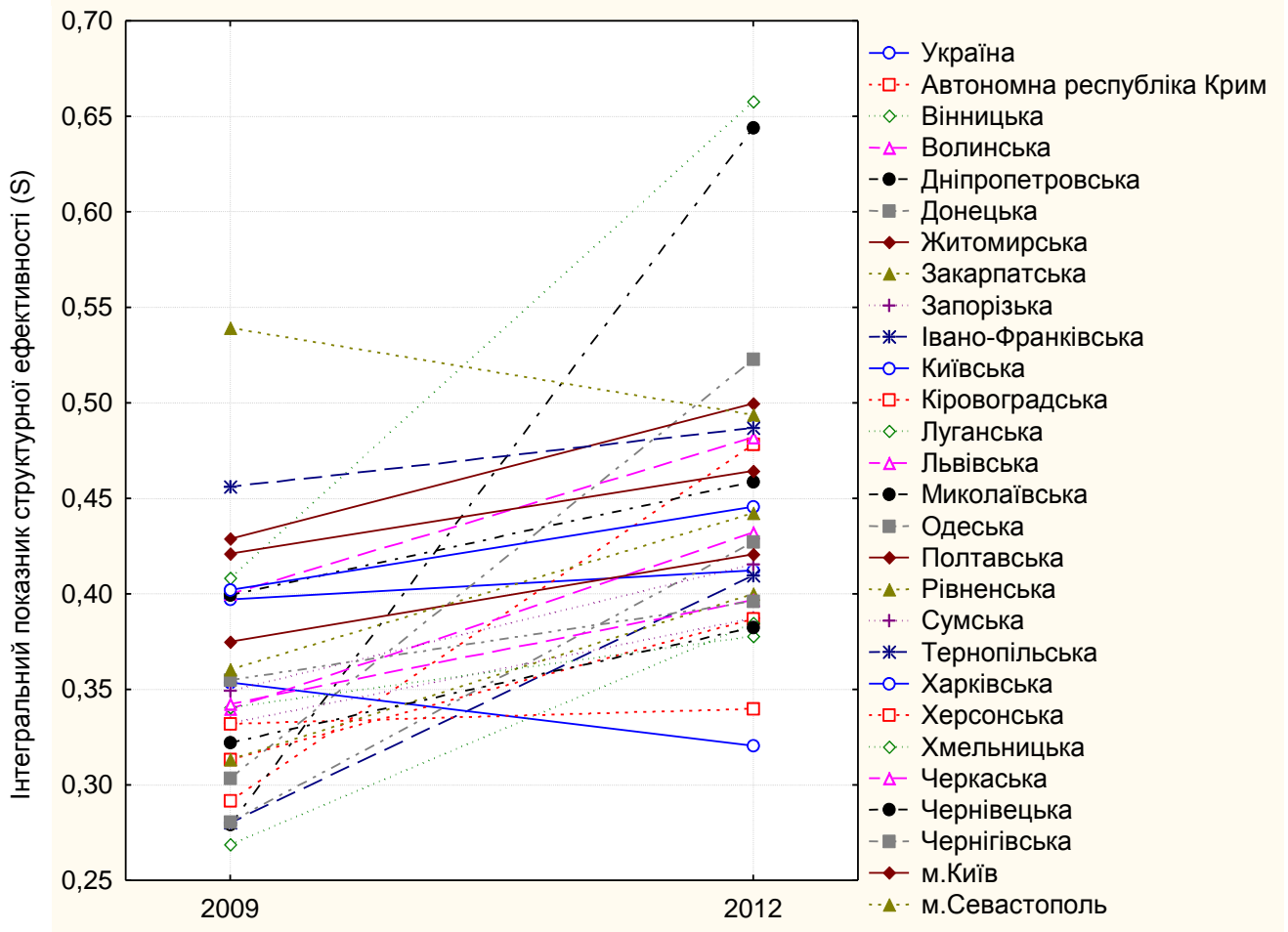


Рис. 5. Динаміка інтегральних показників структурної ефективності регіональних систем охорони здоров'я України з 2009 по 2012 рік

У шостому розділі «Дослідження соціально-психологічних основ формування управлінських компетенцій, що сприяють оптимізації чутливості охорони здоров'я» представлена оцінка базових управлінських компетенцій з урахуванням психологічної основи їх формування, які повинен мати керівник, щоб досягти ефективності діяльності як свого закладу, так і системи охорони здоров'я в цілому. Виділено чотири основні групи компетенцій, оволодіння якими сприяє виконанню системою охорони здоров'я її основних цілей, зокрема: галузеві компетенції, менеджерські (фахові) компетенції, підприємницькі (ділові) компетенції, особистісні та міжособистісні компетенції. Вплив запропонованих груп на чутливість системи охорони здоров'я коливається від 11,1 % для підприємницьких компетенцій до 33,3 % для особистісних / міжособистісних компетенцій. Визначено, що побудова рамок ключових компетенцій для керівників ЗОЗ, які сприятимуть забезпеченню чутливості охорони здоров'я, повинна відштовхуватися від соціально-психологічних основ формування ефективної управлінської діяльності.

За результатами психодіагностики організаторів охорони здоров'я визначено, що у 47,41 % керівників ЗОЗ домінує особистісна спрямованість, при цьому більше половини обстежених показали найвищий ступінь прояву цієї характеристики; у третини (30,28 %) – колективістська спрямованість (на взаємодію), а у 22,31 % - ділова (на завдання). У 90,52 % управлінців зареєстровані значимі (середні і високі) рівні орієнтації на виконання виробничих завдань, однак у ієрархії пріоритетів ця спрямованість не є провідною.

Встановлено, що серед керівників закладів охорони здоров'я домінують особистості з середніми показниками інтелектуальних характеристик: у 69,09 % середній рівень розвитку інтелектуальних здібностей, а у 50,91 % - інтелектуальної лабільності. Розвинені (вище середнього рівня) комунікативні та організаторські здібності, що досить тісно пов'язані між собою (парціальний коефіцієнт кореляції $r=0,43$; $p<0,05$) зареєстровані відповідно у 66,39 % та 83,93 % обстежених керівників. Переважними міжособистісними відносинами керівників ЗОЗ є відповідально-великодушний (у 41,27 %) і владно-лідуючий (38,1 %) тип, при яких авторитарність керівників поєднуються з альтруїстичністю і співчуттям. Більшість управлінців (76,98 %) адекватно оцінюють свої особистісні якості, однак прагнуть більшого домінування і меншої підлеглості у групових відносинах.

Виявлена велика когорта керівників закладів охорони здоров'я (90,23 %) з чисельними (в середньому $4,64\pm 0,1$ на 1 керівника) обмеженнями управлінської діяльності (табл. 3).

Таблиця 3

Частота прояву обмежень у керівників закладів охорони здоров'я (у %)

Ранг	Обмеження	($P\pm m_p$) %
1	Розмиті особистісні цінності	56,91 \pm 0,17
2	Низька здатність формувати колектив	53,28 \pm 0,17
3	Невміння навчати	51,22 \pm 0,2
4	Нестача творчого підходу	47,97 \pm 0,17
5	Недостатнє розуміння особливостей управлінської роботи	46,34 \pm 0,17
6	Призупинений саморозвиток	43,09 \pm 0,17
7	Невміння впливати на людей	41,46 \pm 0,15
8 - 9	Недостатність навичок вирішувати проблеми	38,21 \pm 0,16
8 - 9	Слабкі управлінські навички	38,21 \pm 0,18
10	Невміння управляти собою	30,89 \pm 0,16
11	Неясні особисті цілі	9,76 \pm 0,10

Встановлено, що найбільш часто проявляються такі обмеження, як розмиті особистісні цінності (56,91 %); низька здатність формувати колектив (53,28 %) та невміння навчати підлеглих (51,22 %). При цьому спостерігається не відповідність між особистими цілями (частота обмеження 9,76 %) та сучасними управлінськими завданнями, які стоять перед організаторами охорони здоров'я. Наявність одних обмежень запускає стартовий механізм для формування інших. Стрижневим обмеженням, що стримує рівень результативності більшості керівників є недостатня сформованість навичок вирішувати проблеми (коефіцієнт рангової кореляції із

загальним числом обмежень $\rho=0,498$; $p<0,05$), що в свою чергу веде до недостатньої згуртованості колективу (коефіцієнт парціальної кореляції $r=0,52$, $p<0,05$).

За результатами факторного аналізу виділено основні соціально-психологічні фактори, що сприяють успішності управлінської діяльності керівників закладів охорони здоров'я у напрямі досягнення основних цілей системи охорони здоров'я, включно з забезпеченням її чутливості: орієнтація на досягнення поставлених цілей (39,42 %), лідерство (14,59 %), соціальна орієнтація (6,82 %) та безперервний професійний розвиток (4,81 %). Управлінські компетенції керівників закладів охорони здоров'я на 65,64 % формуються під впливом даних факторів як за рахунок природних здібностей управлінців, так і під цілеспрямованим впливом самої особистості (самовдосконалення, самонавчання, самоменеджмент), а також за допомогою системи до- та післядипломної освіти.

У *сьомому розділі* «Визначення готовності медичного персоналу до забезпечення чутливості системи охорони здоров'я» доведено, що на шляху пристосування власних мотивів діяльності із стратегією розвитку ЗОЗ та цілями системи охорони здоров'я медичний працівник проходить декілька стадій: адаптація → мотивація → захопленість → залученість до роботи → ефективність діяльності (рис. 6). Як свідчать фактичні дані та результати власного дослідження, якість трудового життя є тим фактором, що має вирішальне значення для адаптації медичних працівників у робочому середовищі.

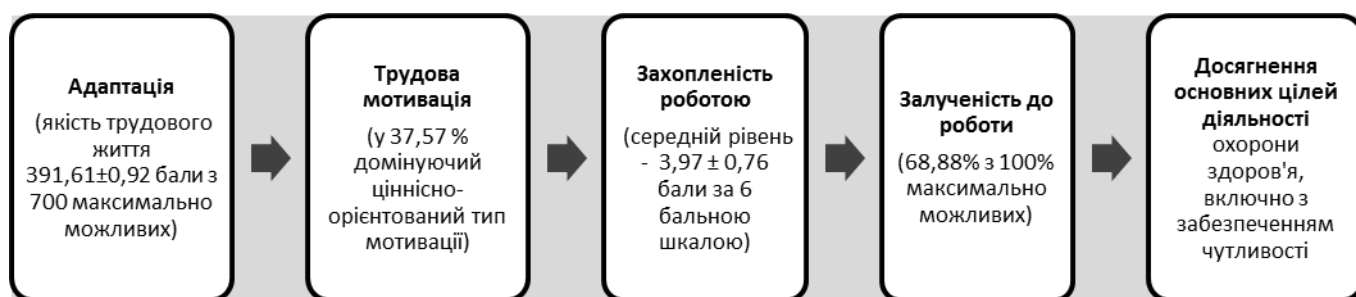


Рис. 6. Стадії формування готовності медичного персоналу до забезпечення чутливості системи охорони здоров'я

Достатня трудова мотивація є підґрунтям подальшого розвитку відносин медичного персоналу з системою ОЗ у напрямі пристосування власних мотивів діяльності з цілями охорони здоров'я – формування захопленості, а потім залученість до роботи медичного персоналу. За результатами дослідження у медичного персоналу переважає ціннісно-орієнтований тип мотивації (37,57 %), що характеризується рівнозначними цінностями професійного інтересу до роботи та співчуттям до хворих без жорсткої прив'язки до матеріальних і кар'єрних інтересів. Практично з однаковою частотою (26,52 % та 23,22 % відповідно) зустрічаються консервативно-заощадливий (орієнтація на максимальне використання можливостей для заробляння грошей та збереження зайнятості) та соціально-прагматичний (орієнтація на максимальне нарощування і зміцнення соціальних зв'язків) типи мотивації, найменш розповсюджений (12,69 %) діяльнісно-утилітарний тип мотивації, що характеризується орієнтацією на себе, свої честолюбні плани. Це підтверджує постулат про багатовимірність трудової мотивації медичного

персоналу та необхідність використання матеріальних (диференціація оплати праці в залежності від результатів роботи тощо) та нематеріальних (створення умов для розкриття творчого потенціалу медичного персоналу, поліпшення соціально-психологічного клімату тощо) взаємодоповнюючих стимулів для її посилення і, як результат, підвищення чутливості системи ОЗ.

За даними дослідження захопленість роботою медичного персоналу має середній рівень ($3,97 \pm 0,76$ за шкалою від 1 до 6 балів). Обстежених працівників можна охарактеризувати як людей не достатньо захоплених своєю професійною діяльністю (у 80,66 % спостерігається середній та низький ступінь захопленості роботою), але вони регулярно «занурюються» у професійну діяльність (31,77 % з високим ступенем поглинання роботою). Однак виконати поставлені перед ними завдання та відповісти на зовнішні виклики і поточні проблеми у них не вистачає енергійності (25,97 % має низький рівень її прояву).

При оцінці залученості до роботи різних професійних груп, що характеризується формуванням у співробітника мотивів повністю присвятити себе діяльності в інтересах організації, виявляється, що кожен п'ятий лікар (20,88 %) і 16,27 % середнього медичного персоналу не залучені належним чином до роботи закладів охорони здоров'я, а загальний рівень залученості для усіх професійних груп менше максимально можливого значення на третину і складає 68,87 % (рис. 7).

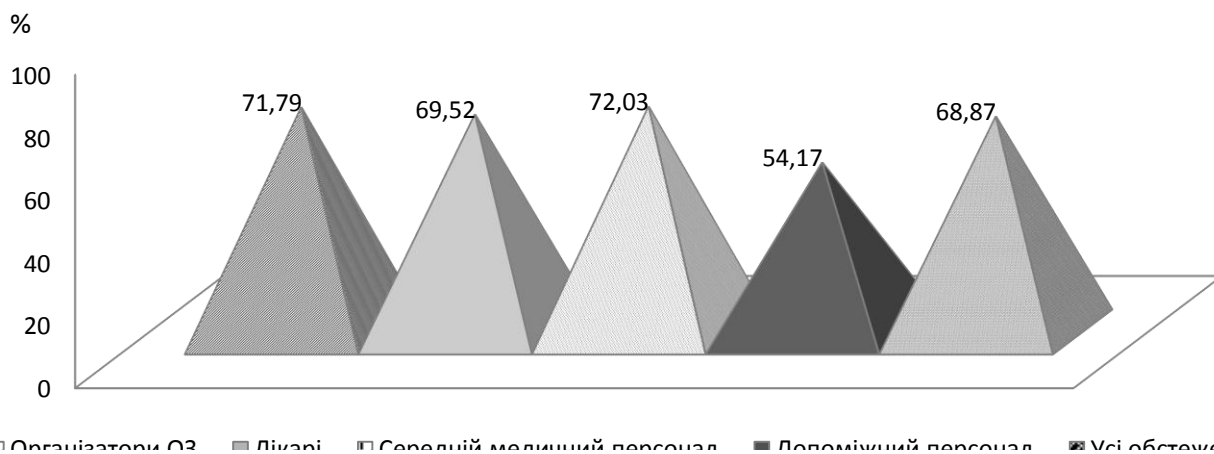


Рис. 7. Ступінь залученості медичного персоналу різних професійних груп до ефективної роботи у закладах охорони здоров'я (у %)

Розроблена модель множинної лінійної регресії показала вплив на залученість медичного персоналу до досягнення основних цілей системи охорони здоров'я, включно з забезпеченням чутливості таких характеристик як: якість трудового життя (переважно службова кар'єра, соціальні гарантії та характеристики трудового колективу), загальна захопленість роботою та вік працівників. Згідно виведеного регресійного рівняння, суттєве збільшення показника залученості персоналу до роботи (до 90 % та вище) можливе при підвищенні якості трудового життя на 51,13 %, а захопленості роботою - на 68,54 %.

У восьмому розділі «Система забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення (аналіз та узагальнення результатів дослідження)» визначено, що внесок системи охорони здоров'я у збереження потенціалу здоров'я населення та

досягнення основних цілей реалізується не повною мірою, але існують потенційні можливості для поліпшення її дієвості. Це підтверджується інтегральними оцінками результатів діяльності системи охорони здоров'я за показниками функціональності, результативності та загальної ефективності (табл. 4).

Таблиця 4

Оцінка функціональності, результативності, структурної ефективності та загальної ефективності діяльності територіальних систем охорони здоров'я за інтегральними показниками у 2013 році

№	Територія/область	Показник (у діапазоні від 0 до 1)			
		загальної функціональності за рівнем ТЖЗЛ	досягнення цілей – результативності	використання ресурсів (структурної ефективності)	загальної ефективності діяльності
1	АР Крим	0,522	0,683	0,478	0,578
2	Вінницька	0,51	0,708	0,658	0,676
3	Волинська	0,508	0,711	0,482	0,601
4	Дніпропетровська	0,517	0,697	0,644	0,593
5	Донецька	0,498	0,657	0,523	0,581
6	Житомирська	0,51	0,652	0,5	0,566
7	Закарпатська	0,494	0,684	0,494	0,587
8	Запорізька	0,502	0,695	0,387	0,534
9	Івано-Франківська	0,521	0,749	0,41	0,589
10	Київська	0,523	0,665	0,32	0,564
11	Кіровоградська	0,515	0,653	0,387	0,502
12	Луганська	0,515	0,611	0,385	0,470
13	Львівська	0,536	0,767	0,432	0,615
14	Миколаївська	0,507	0,645	0,459	0,539
15	Одеська	0,527	0,649	0,427	0,524
16	Полтавська	0,533	0,69	0,464	0,576
17	Рівненська	0,532	0,678	0,4	0,529
18	Сумська	0,493	0,647	0,415	0,515
19	Тернопільська	0,518	0,767	0,487	0,645
20	Харківська	0,526	0,661	0,446	0,544
21	Херсонська	0,518	0,667	0,34	0,481
22	Хмельницька	0,505	0,716	0,378	0,544
23	Черкаська	0,499	0,681	0,397	0,523
24	Чернівецька	0,532	0,728	0,382	0,556
25	Чернігівська	0,492	0,639	0,396	0,498
26	Київ	0,523	0,717	0,421	0,571
27	Севастополь	0,539	0,729	0,442	0,583
28	Україна	0,514	0,689	0,412	0,559

Загальний показник функціональності по рівню здоров'я (за ТЖЗЛ) в Україні нижче максимально можливого значення на 48,6 % і складає 0,514 за шкалою

нормування від 0 до 1, з територіальними коливання від 0,492 у Чернігівській області до 0,536 у Львівській області та 0,539 у Севастополі (дані 2013 року).

Вищі за середньоукраїнські показники результати функціонування територіальних систем охорони здоров'я з високою очікуваною тривалістю життя та/або очікуваною тривалістю здорового життя. Загальний показник досягнення цілей системи охорони здоров'я – показник результативності діяльності складає 0,689 у діапазоні нормування від 0 до 1.

Жодна територіальна система охорони здоров'я не досягає максимальної ефективності при заданому рівні використання ресурсів (рис. 8). Більшою результативністю за рахунок відносно високих показників здоров'я населення характеризуються Чернівецька, Тернопільська, Львівська та Івано-Франківська області; більш оптимальним використанням ресурсів - Вінницька та Дніпропетровська області. Показник загальної ефективності діяльності охорони здоров'я України складає 0,559 за шкалою нормування від 0 до 1, коливаючись у територіальному розрізі від 0,470 у Луганській області до 0,676 у Вінницькій. Перевищує середньоукраїнську ефективність діяльності показник територіальних систем охорони здоров'я з кращою структурною ефективністю, більш удосконаленою системою ПМСД та розвиненими стаціонарозамінюючими технологіями (Івано-Франківської, Дніпропетровської, Волинської, Львівської, Тернопільської та Вінницької областей).

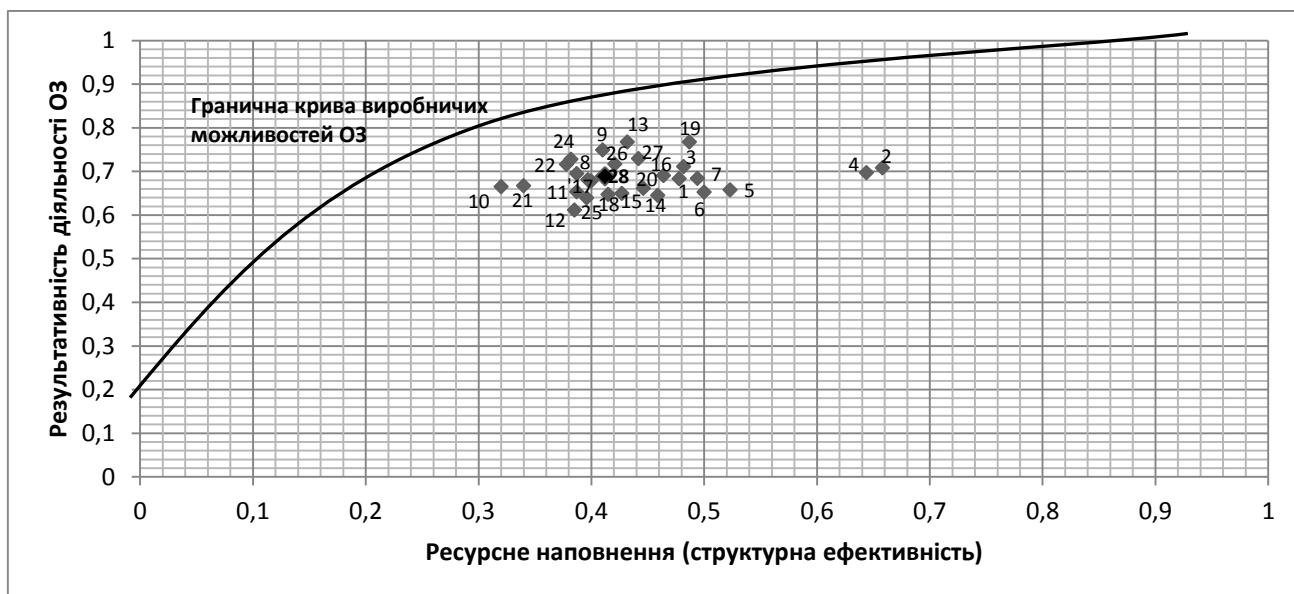


Рис. 8. Оцінка загальної ефективності територіальних та національної систем ОЗ за економетричним підходом стохастичної границі виробничої функції

Примітка. Номер території відповідає номеру у табл. 4.

Незначний вплив національної системи охорони здоров'я на кінцеві показники діяльності обумовлює необхідність зміцнення галузі у напрямі досягнення основних цілей включно з забезпеченням адекватного відгуку на обґрунтовані запити населення. За результатами дослідження була розроблена система забезпечення належного рівня чутливості охорони здоров'я до очікувань населення через основні процеси, включно з основними елементами чутливості (рис. 9).

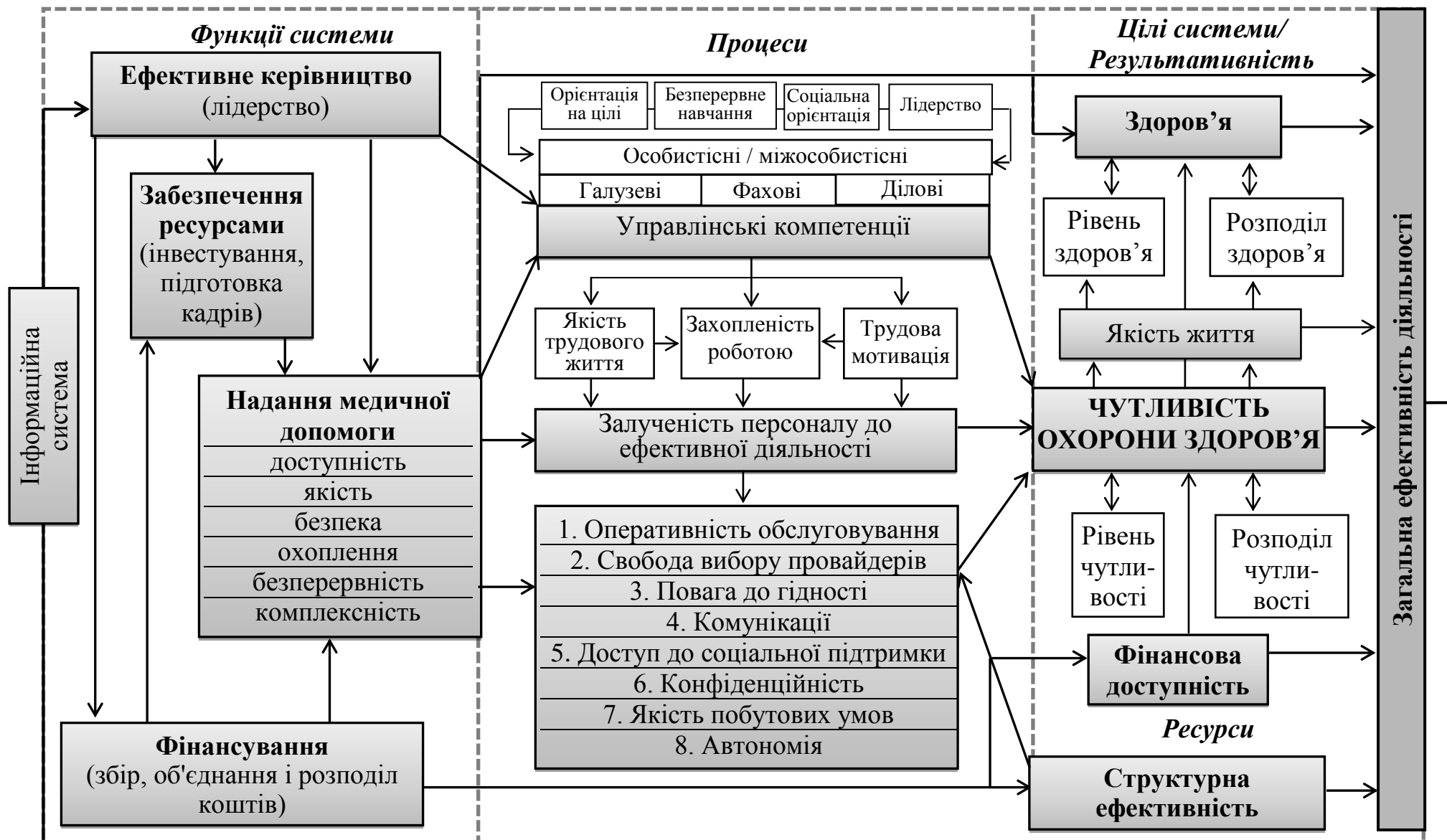


Рис. 9. Система забезпечення належного рівня чутливості охорони здоров'я до очікувань населення через основні процеси та функції галузі

Згідно розробленої системи, для позитивного впливу на кінцеві результати діяльності охорони здоров'я необхідне забезпечення належного рівня чутливості на обґрунтовані запити населення за рахунок ефективного керівництва, професійно працюючого медичного персоналу, доступної, якісної та структурно ефективної медичної допомоги, справедливої системи фінансування та зворотного зв'язку у вигляді адекватної інформаційної системи.

Для забезпечення адекватного відгуку системи на запити населення в процесі надання медичної допомоги потрібно орієнтуватися на пріоритети, виявлені під час дослідження значущості та важливості окремих елементів чутливості ОЗ, яка на 72 % формується за їх рахунок. Узагальнення результатів дослідження дозволяє проранжувати основні елементи чутливості за пріоритетами реалізації та/або удосконалення таким чином: 1 - оперативність (швидкість) медичного обслуговування; 2 - можливість вільного вибору постачальників медичних послуг; 3 - повага до гідності; 4 - комунікації; 5 - доступ до соціальної підтримки; 6 - конфіденційність; 7 - якість побутових умов та 8 - автономія.

Найважливіші з елементів чутливості – оперативність надання медичних послуг та вибір постачальників медичних послуг залежать від структурної ефективності галузі (відповідні парціальні коефіцієнти кореляції $r=0,29$ та $r=0,34$; $p<0,05$), яка за даними результатів дослідження, неможлива без системних заходів щодо оптимізації структури медичних послуг та зміни підходів до фінансування.

Щодо таких елементів чутливості, як повага до гідності, комунікації, конфіденційність та автономія, їх оптимізація не можлива без активної позиції надавачів медичних послуг, яка формується за рахунок розвитку відносин медичного персоналу з системою ОЗ у напрямі пристосування власних мотивів діяльності із цілями охорони здоров'я – формування захопленості, а потім залученість до роботи при відповідному рівні якості трудового життя

Валідність розробленої системи забезпечення належного рівня чутливості охорони здоров'я доведена на системному рівні на підставі ступеневої нелінійної регресійної моделі щодо залежності показника загальної ефективності охорони здоров'я від інтегрального коефіцієнту чутливості, на рівні закладу охорони здоров'я - результатами організаційного експерименту з її впровадження у центрі первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

Аналіз взаємозалежності інтегрального коефіцієнту чутливості з показником загальної ефективності діяльності системи охорони здоров'я виявив наявність нелінійного ступеневого регресійного зв'язку. Згідно отриманої моделі, показник загальної ефективності діяльності територіальних систем охорони здоров'я поміняється у 61,65 % випадків зміни інтегрального коефіцієнту чутливості ОЗ (коефіцієнт множинної кореляції $R=0,79$; коефіцієнт детермінації $R^2=0,617$).

На системному рівні позитивний ефект від впровадження системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення за результатами ступеневої нелінійної регресійної моделі буде проявлятися у підвищенні показника загальної ефективності охорони здоров'я при зміні інтегрального коефіцієнту чутливості (на 0,18 % при зміні на 1 %). За даними прогнозу оцінки, підвищення інтегрального коефіцієнту чутливості до максимально можливих 10 балів дозволить підвищити показник загальної ефективності діяльності системи ОЗ на 24,85 % до

значення 0,697.

Про ефективність запропонованої системи забезпечення належного рівня чутливості охорони здоров'я свідчать результати впровадження заходів щодо забезпечення чутливості медичного обслуговування пацієнтів центру первинної медико-санітарної допомоги (табл. 5).

Таблиця 5

Порівняльна оцінка результатів медичного обслуговування при запровадженні системи забезпечення належного рівня чутливості охорони здоров'я до очікувань населення та без неї

Показник	Без запровадження системи забезпечення чутливості	У ЦПМСД, де запроваджена система забезпечення чутливості
Зважений показник чутливості ОЗ (M±m)	4,46±0,16	6,4±0,1*
Частка позитивних оцінок (добре та дуже добре) вільного вибору надавачів медичних послуг, у %	62,92 %	74,7 %*
Загальна якість життя за 20 бальною шкалою (M±m)	12,61±0,1	13,5±0,2
Якість трудового життя медичного персоналу за 700 бальною шкалою (M±m)	391,61±6,92	417,29±4,13*
Захопленість медичних працівників роботою за шкалою від 1 до 6 балів (M±m)	3,97±0,76	4,13±0,15
Залученість медичних працівників до роботи у % (P±m _p)	68,87±1,22 %	75,95±2,18 %

Примітка: * - p<0,01

Комплекс реалізованих заходів, що включав психологічний тренінг медичного персоналу (з залученням окрім основного персонал співробітників реєстратури) щодо ввічливого поводження з пацієнтами, заходи з оптимізації управління, націлені на поліпшення якості трудового життя, мотивації персоналу, призвів до того, що пацієнти закладу оцінюють чутливість медичного обслуговування у 6,4±2,1 бали з 10-ти можливих, що на 43,5 % вище (p<0,01) порівняно з оцінками споживачів медичних послуг інших ЗОЗ. Окрім того, пацієнти ЦПМСД вище оцінюють власну якість життя – у 13,5±0,2 бали з 20 можливих, що на 7,06 % вище оцінок пересічних громадян.

Отже впровадження системи забезпечення належного рівня чутливості охорони здоров'я до очікувань населення запускає ланцюг взаємного позитивного впливу цілей системи одна на одну, що в підсумку відбивається на підвищенні загальної ефективності діяльності галузі і позитивно впливає на кінцеві результати роботи у вигляді показників здоров'я населення та залученості медичного персоналу до ефективного медичного обслуговування.

ВИСНОВКИ

В роботі вирішено актуальну наукову проблему обґрунтування системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення. На підставі широкомасштабного аналізу доведено наявність нереалізованого потенціалу зміцнення системи у напрямі забезпечення відповідної реакції на обґрунтовані запити населення. Досліджено взаємний зв'язок чутливості охорони здоров'я з іншими цілями та функціями галузі, що дозволяє використовувати її оптимізацію у якості одного з важелів модернізації медичного обслуговування. Розроблено, з урахуванням впливу на загальну ефективність роботи галузі, систему забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення та доведено що її впровадження позитивно відіб'ється на кінцевих показниках діяльності, включаючи здоров'я населення.

1. Систематизація та узагальнення існуючих підходів до оцінки діяльності систем охорони здоров'я показали, що серед основних цілей галузі, відносно новою, найбільш багатомірною, концептуально складною та маловивченою є чутливість медичного обслуговування як ступінь реакції системи на запити населення, що характеризується двома сферами: особистою - повагою до людської гідності та споживчою - орієнтацією на клієнта. На теперішній час забезпечення чутливості окремо або в комплексі з іншими цілями розглядається як цінний та бажаний підсумок діяльності охорони здоров'я.

2. За даними дослідження, рівень зваженого за внеском основних елементів показника чутливості системи охорони здоров'я не досягає середнього значення і складає за десятибальною шкалою $4,84 \pm 0,12$ бали ($M \pm m$) за оцінками ключових респондентів (обізнаних прошарків споживачів та надавачів медичних послуг) та $4,20 \pm 0,06$ бали за обстеженням домогосподарств. Існує певна соціальна нерівність у його розподілі (справедливість розподілу - $0,79 \pm 0,01$ за шкалою від 0 - повна нерівність до 1 - повна рівність): показник нижчий порівняно з іншими групами у сільських жителів, літніх людей, хворих та малозабезпечених (нижче середнього рівня на $10,71 \% \div 25,87 \%$). Вразливі групи населення не мають достатнього відгуку системи охорони здоров'я на свої запити через зниження поваги до їх гідності, меншу свободу вибору надавачів послуг, обмежений доступ до служб соціальної підтримки та гірші побутові умови під час лікування (частота дискримінації за даними елементами відповідно 67% , 58% , 52% та 53%).

3. Детальне вивчення окремих елементів чутливості охорони здоров'я показало їх переважно посередні оцінки як при амбулаторному, так і при стаціонарному медичному обслуговуванні. Найвище оцінюються конфіденційність ($5,9 \pm 0,15$ бали за 10-ти бальною шкалою; $64,34 \%$ та $63,75 \%$ позитивних характеристик) та доступ до системи соціальної підтримки ($6,2 \pm 0,14$ бали; $67,34 \%$ позитивних оцінок при стаціонарному лікуванні). Більш низько оцінюються елементи, які потребують додаткового вкладення ресурсів: якість побутових умов ($4,3 \pm 0,16$ бали; $47,99 \%$ негативних оцінок населення при амбулаторному та $50,44 \%$ при стаціонарному лікуванні); автономія ($5,1 \pm 0,14$ бали; $43,39 \%$ та $48,98 \%$) та можливість вибору постачальників медичних послуг ($5,1 \pm 0,16$ бали; $37,08 \%$ та $43,45 \%$).

Невисокі оцінки у представників домогосподарств отримала оперативність (швидкість) медичного обслуговування: 56,21 % незадовільних оцінок при амбулаторному лікуванні та 55,2 % - при стаціонарному.

4. Найважливіші, за результатами двохмірного аналізу «важливість - задоволеність» та кореляційного аналізу, елементи чутливості охорони здоров'я (оперативність медичних послуг, вибір постачальників) безпосередньо залежать від структурної ефективності галузі (відповідні парціальні коефіцієнти кореляції $r=0,29$ та $r=0,34$; $p<0,05$). Доведена недостатня структурна ефективність діючої системи охорони здоров'я як на національному рівні (інтегральний показник структурної ефективності охорони здоров'я України у 2013 році 0,434 за шкалою від 0 до 1) так і на регіональних рівнях (від 0,32 у Київській області до 0,658 у Вінницькій, з більшими значеннями показника у регіонах з розвинутою ПМСД). Позитивний ефект від поліпшення структурної ефективності відбивається на зміні спектру та обсягів втручань (профілів діяльності) лікарів первинної ланки (розширення обсягів профілактичних втручань; зміцнення координуючої ролі; активна участь у безперервному нагляді), що дозволяє збільшити чутливість галузі через забезпечення надання медичних послуг, які в більшому ступені відповідають потребам і запитам населення.

5. Зміни у системі охорони здоров'я, пов'язані з підвищенням її чутливості, вимагають оптимізації управлінської діяльності, оскільки вплив основних управлінських компетенцій на досягнення даної цілі галузі за результатами дослідження складає від 11,1 % для ділових до 33,3 % для особистісних та міжособистісних компетенцій. За допомогою факторного аналізу доведено, що основними соціально-психологічними факторами, які сприяють успішній управлінській діяльності у напрямі досягнення основних цілей системи охорони здоров'я та забезпечення її чутливості є орієнтація на досягнення поставлених цілей (39,4 %), лідерство (14,6 %), соціальна орієнтація (6,8 %) та безперервний професійний розвиток (4,8 %). Дослідження психологічних основ формування управлінських компетенцій показало, що у теперішній час наявні у керівників закладів охорони здоров'я необхідні базові якості (задовільні інтелектуальні характеристики, розвинені комунікативні - 66,39 % обстежених та організаторські здібності - 83,93 %), реалізуються не повною мірою, що знижує ефективність управління та призводить до негативних наслідків: переважає особистісна спрямованість у роботі (47,41 % обстежених), зміщені акценти на досягнення особистих цілей, реєструється велика кількість та інтенсивність обмежень управлінської діяльності (у 90,23 % керівників в середньому $4,64 \pm 0,1$ обмеження), пусковим серед яких є не сформованість навичок вирішувати проблеми (середній прямий кореляційний зв'язок із загальним числом обмежень $\rho=0,498$; $p<0,05$). Для удосконалення управління з позиції компетентісного підходу керівникам закладів охорони здоров'я необхідно оволодіння галузевими, менеджерськими, діловими та особистісними / міжособистісними компетенціями.

6. Готовність медичних працівників до забезпечення чутливості системи охорони здоров'я формується на підставі інтеграції власних трудових мотивів із завданнями закладу та цілями системи охорони здоров'я шляхом формування залученості медичного персоналу до ефективної роботи. Згідно побудованої

регресійної моделі, що охоплює 89,9 % варіації результату, залученість персоналу до ефективної діяльності залежить від якості трудового життя ($391,61 \pm 6,92$ бали з 700 можливих), загального показника захопленості роботою ($3,97 \pm 0,76$ за 6 бальною шкалою) та віку працівників. Для досягнення високої залученості персоналу до забезпечення чутливості галузі (90 % та вище) необхідне зростання захопленості працею персоналу на 68,54 %, а якості трудового життя на 51,13 %.

7. Забезпечення чутливості охорони здоров'я позитивно впливає на досягнення інших цілей галузі. Встановлено, що система охорони здоров'я, яка більш чутливо відгукується на об'єктивні запити населення, здатна позитивно вплинути (парціальний коефіцієнт кореляції $r=0,31$; $p<0,001$) на якість життя населення (за даними дослідження $57,85 \pm 0,56$ бали за 100 бальною шкалою), яка є одним з індикаторів індивідуального рівня здоров'я пацієнтів. В свою чергу, підвищення якості життя впливає (парціальний коефіцієнт кореляції $r=-0,27$; $p<0,0001$) на зниження частки фінансових витрат на медичне обслуговування, яке за даними дослідження складає в середньому $16,56 \pm 1,2$ % середньомісячного доходу пересічної сім'ї.

8. Дієвість системи охорони здоров'я України за комплексом окремих показників, що відбивають основні складові роботи галузі може бути оцінена як неефективна та соціально несправедлива: в середньому 9,86 років українці проживають у стані нездоров'я; очікувана тривалість життя та тривалість життя здорової людини суттєво менша ніж у Європі (в середньому відповідно на 5,64 та 4,16 років); спостерігаються високі масштаби нерівності у стані здоров'я населення в гендерному, регіональному та соціально-економічному аспектах; справедливість розподілу тягаря фінансування охорони здоров'я на 37,5 % менше максимально можливого рівня. Визначено, що існують потенційні можливості для поліпшення ситуації - третині смертей (33,64 %) у трудоактивному віці 25 - 64 років можна запобігти шляхом якісного лікування та ефективного медичного обслуговування; структурну ефективність підвищити за рахунок удосконалення первинної медико-санітарної допомоги; чутливість забезпечити шляхом адекватного відгуку на запити населення.

9. Проведена оцінка діяльності системи охорони здоров'я України за інтегральними показниками підтверджує неефективне досягнення основних цілей роботи галузі. Загальний показник функціональності по рівню здоров'я (за показником тривалості життя здорової людини) складає 0,514 за шкалою від 0 до 1, з територіальними коливання від 0,492 у Чернігівській області до 0,536 у Львівській області та 0,539 у Севастополі. Загальний показник досягнення цілей системи – показник результативності діяльності (0,689) на третину нижче максимально можливого рівня. Жодна територіальна система охорони здоров'я не досягає максимально можливої ефективності при наявному рівні використання ресурсів. Показник загальної ефективності діяльності охорони здоров'я України складає 0,559 та підвищується у областях з кращими показниками здоров'я, більшою структурною ефективністю та чутливістю галузі.

10. За результатами дисертаційного дослідження обґрунтовано та розроблено систему забезпечення належного рівня чутливості охорони здоров'я до очікувань населення через вплив на основні процеси та функції галузі за рахунок ефективного

керівництва, професійно працюючого медичного персоналу, доступної, якісної та структурно ефективної медичної допомоги, справедливої системи фінансування та зворотного зв'язку у вигляді адекватного інформаційного забезпечення. Валідність розробленої системи доведена ступеневою нелінійною регресійною моделлю (підвищення чутливості до максимальних 10 балів призведе до збільшення показника загальної ефективності охорони здоров'я на 24,85 %) та позитивними результатами її впровадження на рівні центру первинної медико-санітарної допомоги (пацієнти закладу оцінюють чутливість охорони здоров'я на 43,5 % вище порівняно з споживачами медичних послуг інших лікувальних установ, залученість співробітників до ефективної роботи на 7,08 % вище порівняно з медичними працівниками інших закладів, $p < 0,01$).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати наступні заходи:

1. Міністерству охорони здоров'я України:

- запровадити науково обґрунтовану оцінку діяльності системи охорони здоров'я, яка б корелювала з визнаними міжнародними підходами, інтегрувалася у національну систему звітності і дозволяла проводити постійний моніторинг ефективності діяльності системи на різних рівнях: від окремих постачальників послуг до роботи усієї галузі;

- при опрацюванні та впровадженні Загальнодержавної програми «Здоров'я - 2020: український вимір», Концепції гуманітарного розвитку України до 2020 р. та в рамках інших комплексних національних стратегій охорони здоров'я домогтися більшої орієнтації на інтереси, потреби та запити громадян, сприяючи реалізації прав пацієнтів по дотриманню їх гідності та належному медичному обслуговуванню;

- розробити довгострокову поетапну програму впровадження системи забезпечення чутливості охорони здоров'я на запити населення з встановленням зв'язків між нею та іншими інструментами стратегічного керівництва (національними планами та програмами) та визначити відповідального за її впровадження (Міністерство охорони здоров'я, незалежна громадська організація тощо);

- в процесі інформатизації сфери охорони здоров'я забезпечити створення умов для постійного зворотного зв'язку з пацієнтами, безперешкодного доступу громадян до публічної інформації щодо результатів роботи надавачів медичних послуг, функціонування прозорих і неупереджених Інтернет рейтингів закладів охорони здоров'я та лікарів;

2. Управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головним лікарям закладів охорони здоров'я:

- забезпечити впровадження заходів щодо дотримання в рамках міжнародного та національного законодавства прав пацієнтів, розширення обсягу послуг, пов'язаних з повагою до людської гідності, створення умов для оперативного медичного обслуговування, дотримання практики вільного вибору надавачів

медичних послуг, ефективних комунікацій та використання політики конфіденційності, обміну інформацією з пацієнтами для їх самостійної активної участі у прийнятті клінічних рішень та конкретні гарантії сервісу;

- удосконалити роботи кадрових служб з питань визначення критеріїв добору управлінського персоналу, формування резерву на управлінські посади та кар'єрного просування керівників закладів охорони здоров'я;

- розробити заходи щодо впливу на якість трудового життя, мотивацію та залученість медичного персоналу до ефективної роботи на рівні закладу охорони здоров'я шляхом застосування комплексу матеріальних та нематеріальних стимулів;

3. Вищим медичним навчальним закладам і закладам післядипломної медичної освіти:

- доповнити програми навчання студентів з курсу «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» питаннями щодо основних цілей діяльності системи охорони здоров'я;

- розробити навчальні програми та запровадити навчання для організаторів охорони здоров'я на циклах тематичного удосконалення з питань забезпечення чутливості охорони здоров'я.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Крячкова Л. В. Досвід розбудови регіональних систем охорони здоров'я: Дніпропетровська область / В. Г. Гінзбург, В. М. Лехан, Я. С. Березницький, Л. В. Гінкота, Л. В. Крячкова, М. В. Павленко, С. С. Росточило : [Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік] – К., 2010. – С. 254 - 268. *(Особистий внесок: обробка матеріалів, аналіз результатів)*.

2. Крячкова Л. В. Використання засобів електронної охорони здоров'я для оприлюднення показників діяльності надавачів медичної допомоги / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. Г. Гінзбург // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2013. – Т. 11, № 1. - С. 132 - 137. [Журнал включено до бази даних Index Copernicus, Польща] *(Особистий внесок: визначення методології дослідження, обробка та узагальнення результатів)*.

3. Крячкова Л. В. Використання методики оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я для забезпечення інформаційних процесів з модернізації галузі / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2013. – Т. 11, № 2. - С. 155 - 161. [Журнал включено до бази даних Index Copernicus, Польща] *(Особистий внесок: визначення методології дослідження, обробка, аналіз результатів, формулювання висновків)*.

4. Kryachkova L. V. Development of primary health care in Ukraine in the light of global trends / V. M. Lekhan, H. O. Slabkyu, V. H. Ginsburg, L. V. Kryachkova, M. V.

- Shevchenko // The Pharma Innovation Journal. - 2014. - № 3 (5). – P 40 – 45. *(Особистий внесок: участь у зборі та аналізі матеріалу, оформлення статті)*.
5. Kryachkova L. Blockages to administrative activity of the managers of public health institutions // V. Lekhan, L. Kryachkova, G. Kanyuka // British Journal of Science, Education and Culture. - 2014. - V. III, № 1 (5). – P. 285 - 290. *(Особистий внесок: визначення мети та завдань дослідження, організація збору матеріалу, обробка та узагальнення результатів)*.
6. Крячкова Л. В. Досвід розробки та впровадження системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко, М. І. Заярський // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 4, Т. 3 (115). - С. 305 - 309. [Журнал включено до Російського індексу цитування (РІНЦ) на базі Наукової електронної бібліотеки eLIBRARY.RU та Google Scholar на базі електронної бібліотеки CyberLeninka] *(Особистий внесок: організація дослідження, обробка та аналіз матеріалів дослідження)*.
7. Kryachkova L. V. Determination of the readiness of medical personnel to provide health system responsiveness / V. N. Lekhan, L. V. Kryachkova, V. V. Volchek, A. V. Hordyna // Management in Health. – 2014. – V. XVIII, № 4. – P. 17 - 20. *(Особистий внесок: організація збору матеріалу, його обробка, аналіз та узагальнення результатів дослідження)*.
8. Крячкова Л. В. Вивчення психологічних основ формування лідерських компетенцій керівників закладів охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Г. С. Канюка // Медичні перспективи. – 2014. - Т. XIX, № 4. – С. 165 - 169. [Журнал зареєстровано в міжнародних базах даних РІНЦ (Russian Science Citation Index), ВИНІТИ, Ulrich's Periodicals Directory] *(Особистий внесок: організація збору матеріалу, його обробка, написання статті)*.
9. Крячкова Л. В. Проблеми та перспективи впровадження первинної медико-санітарної допомоги в Україні / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Охорона здоров'я України. - 2006.- № 1 – 2 (20 - 21). - С. 47 - 51. *(Особистий внесок: організація збору матеріалу, аналіз результатів дослідження)*.
10. Крячкова Л. В. Врегулювання витрат на охорону здоров'я різних соціальних груп - запорука успішності реформ, спрямованих на зміцнення здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, О. П. Максименко // Охорона здоров'я України. - 2007.- № 1 (25). - С. 14 - 15. *(Особистий внесок: пошук та аналіз літературних джерел, постановка проблеми, обробка результатів, написання статті)*.
11. Крячкова Л. В. Стратегічні напрямки підвищення структурної ефективності стаціонарної допомоги / В. М. Лехан, В. В. Волчек, Л. В. Крячкова, І. О. Губар, Е. В. Борвінко, О. П. Максименко // Україна. Здоров'я нації. – 2008. - № 3 – 4 (7 - 8). – С. 115 – 118. *(Особистий внесок: організація проведення експертної оцінки, обробка та інтерпретація результатів експертизи, написання статті)*.

12. Крячкова Л. В. Нерівність у доступності медичної допомоги для населення України / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Україна. Здоров'я нації. - 2009. - № 1 – 2 (9 - 10). - С. 148 - 153. *(Особистий внесок: організація збору матеріалу, його обробка, формулювання висновків).*
13. Крячкова Л. В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані з загальноєвропейськими методами / Г. В. Дзяк, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. - Т. XV, № 1. – С. 6 – 9. *(Особистий внесок: добір літератури, побудова таблиць та рисунків, підготовка статті до видання).*
14. Крячкова Л. В. Інтегральна оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я України / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Україна. Здоров'я нації. - 2010. - № 2 (14). - С. 53 - 60. *(Особистий внесок: розробка концепції дослідження, організація збору та обробка первинного матеріалу, написання статті).*
15. Крячкова Л. В. Оценка финансирования здравоохранения Украины в контексте политики обеспечения финансовыми ресурсами в Европейском регионе ВОЗ / В. Н. Лехан, Л. В. Крячкова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. - 2010. - № 2 (3). - С. 44 - 61. *(Особистий внесок: участь у підборі інформаційних джерел, побудова таблиць та рисунків, оформлення статті згідно вимог видання).*
16. Крячкова Л. В. Пілотний проект «Реформа медичного обслуговування»: цілі та кроки реалізації / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Г. О. Слабкий, М. К. Хобзей, Л. В. Крячкова, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2010. - № 3 (15). - С. 7 - 16. *(Особистий внесок: участь у аналізі результатів дослідження, оформлення статті згідно вимог видання).*
17. Крячкова Л. В. Аналіз існуючих підходів до оцінки результатів діяльності систем охорони здоров'я / Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. - Т. XV, - № 3. – С. 116 – 119.
18. Крячкова Л. В. Чутливість системи охорони здоров'я до очікувань населення – фундаментальна ціль діяльності та перспективний напрямок розвитку галузі / Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2011. - Т. XVII, №1. – С. 126 – 131.
19. Крячкова Л. В. Оцінка чутливості регіональної системи охорони здоров'я на прикладі Дніпропетровської області: досвід, результати, перспективи / Л. В. Крячкова // Україна. Здоров'я нації. - 2011. - № 1(17). - С. 102 - 111.
20. Крячкова Л. В. Оцінка структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я України / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко, О. П. Максименко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. - 2011. - № 1 (13). - С. 15 - 21. *(Особистий внесок: аналіз та оцінка даних дослідження, формулювання висновків, написання статті).*

21. Крячкова Л. В. Медико-соціальне обґрунтування цільової моделі хоспісної допомоги в Дніпропетровській області / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2012. - № 3 (53). - С. 40 - 46. *(Особистий внесок: аналіз літературних джерел, участь у написанні статті).*
22. Крячкова Л. В. Досвід проведення оцінки діяльності систем охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко, О. П. Максименко, М. І. Заярський // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - № 2 – 3 (22 - 23). - С. 92 - 97. *(Особистий внесок: участь у розробці концепції дослідження, організація збору матеріалу, його обробка, формулювання висновків).*
23. Крячкова Л. В. Дослідження якості життя пацієнтів для оцінки ефективності медичного обслуговування на первинному рівні / Л. В. Крячкова // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. - № 4 (61). – С. 233 - 237
24. Крячкова Л. В. Вплив чутливості охорони здоров'я на якість життя (за даними опитування пацієнтів Центру первинної медико-санітарної допомоги) / Л. В. Крячкова // Україна. Здоров'я нації. - 2013. - № 1 (25). - С. 70 – 74.
25. 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.

Опубліковані праці апробаційного характеру

26. Крячкова Л. В. Реалії та перспективи доплат пацієнтів за медичні послуги первинного рівня / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Матеріали Всеукраїнської науково-методичної конференції «Становлення сімейної медицини в Україні», 2 – 3 листопада 2006 р. - Тернопіль, 2006. - С. 33 - 35. *(Особистий внесок: участь у зборі матеріалу, оформлення публікації).*
27. Крячкова Л. В. Аналіз використання сучасних інтегративних показників здоров'я для оцінки ефективності організації медичного обслуговування / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, М. Ю. Коробко // Захист здоров'я від клімату : матеріали міжнародної наук.-практ. конф., присвяченої 60-річчю ВООЗ, Всесвітньому дню здоров'я 2008 р. / Охорона здоров'я України. - 2008.- № 1 (29). - С. 162 - 163. *(Особистий внесок: участь у розробці концепції дослідження, організація збору матеріалу, написання публікації).*
28. Крячкова Л. В. Аналіз доступності медичної допомоги для населення України / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Є. К. Духовенко // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я, 23-25 жовт. 2008 р., м. Житомир / відп. ред. Г.О. Слабкий. – Київ - Житомир, 2008. - Т. 2. – С. 120 - 122. *(Особистий внесок: організація збору матеріалу, статистична обробка отриманих даних).*

29. Крячкова Л. В. Шляхи забезпечення справедливого фінансового внеску в охорону здоров'я населення України / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Медичні заклади в умовах надзвичайних ситуацій : матеріали міжнародної наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2009 р. / Охорона здоров'я України. - 2009. - № 1 (33). - С. 109 - 110. *(Особистий внесок: визначення методології дослідження, організація збору матеріалу, описання результатів дослідження)*.
30. Крячкова Л. В. Підвищення ефективності стаціонарної допомоги – провідний шлях збільшення позитивного впливу галузі на здоров'я населення / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек, І. О. Губар, Е. В. Борвінко, О. П. Максименко // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я, 23 - 25 жовт. 2008 р., м. Житомир / відп. ред. Г.О. Слабкий. – Київ - Житомир, 2008.- Т. 2. – С. 118 - 120. *(Особистий внесок: проведення аналізу літератури, визначення проблеми, написання публікації)*.
31. Крячкова Л. В. Законодавче забезпечення моделі охорони здоров'я, орієнтованої на задоволення потреб населення у якісній медичній допомозі / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. Г. Гінзбург // Матеріали XIV конгресу СФУЛТ, 4 – 5 жовтня 2012 р. – Донецьк – Київ – Чикаго, 2012. – С. 59. *(Особистий внесок: пошук нормативних документів для аналізу, оформлення публікації)*.
32. Крячкова Л. В. Повага до гідності пацієнтів як елемент забезпечення підвищення чутливості системи охорони здоров'я до очікувань населення / Л. В. Крячкова // Матеріали XIV конгресу СФУЛТ, 4 – 5 жовтня 2012 р. – Донецьк – Київ – Чикаго, 2012. – С. 34.
33. Крячкова Л. В. Досвід обґрунтування цільової регіональної моделі хоспісної допомоги на прикладі Дніпропетровської області / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні : матер. першої наук.-практ. конф., ред. Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський. – К.: Університет «Україна», 2012. - С. 199 – 205. *(Особистий внесок: аналіз літературних джерел та оформлення публікації)*.
34. Крячкова Л. В. Підвищення чутливості системи охорони здоров'я до очікувань населення – ефективний шлях зміцнення галузі / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко, М. І. Заярський, О. П. Максименко, І. М. Кутузов, М. Ю. Коробко // Матеріали міжнародної наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2012 р. / Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. - 2012. - № 1 (17). - С. 184 - 185. *(Особистий внесок: накопичення та обробка експериментального матеріалу, аналіз і узагальнення результатів)*.
35. Крячкова Л. В. Вивчення чутливості системи охорони здоров'я до очікувань пацієнтів центру первинної медико-санітарної допомоги / Л. В. Крячкова, Ю. С. Сапа, М. Ю. Коробко, З. М. Коваленко // Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України, 11 - 12 жовтня

2012 р., м. Київ / Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – Спеціальний випуск. - С. 58 - 60. *(Особистий внесок: постановка проблеми, обробка результатів, написання публікації).*

36. Крячкова Л. В. Чутливість системи охорони здоров'я як чинник впливу на якість життя населення / Л. В. Крячкова, М. І. Заярський, М. Ю. Коробко, В. І. Колесник, Л. О. Гриценко // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2013 р. / Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. - 2013. - № 1 (21). – С. 170 - 171. *(Особистий внесок: пошук та аналіз літературних джерел, постановка проблеми, обробка результатів).*

37. Крячкова Л. В. Оцінка динаміки структурної ефективності системи охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Матеріали науково-практичної конференції «Медико-соціальні питання в реформуванні сфери охорони здоров'я», присвяченої пам'яті професора В. М. Пономаренка / Україна. Здоров'я нації. – 2013. - № 4 (28). – С. 146 – 147. *(Особистий внесок: обробка матеріалів дослідження, узагальнення результатів, написання тез).*

38. Крячкова Л. В. Аналіз факторів, що впливають на якість життя пацієнтів центру первинної медико-санітарної допомоги / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Матеріали XII конгресу ВУЛТ, 5 – 7 вересня 2013 р. – Київ. – С. 327. *(Особистий внесок: аналіз та узагальнення результатів дослідження, написання тез).*

39. Крячкова Л. В. Перспективи вибору та оцінки діяльності лікарів на підставі Інтернет-рейтингів / Л. В. Крячкова // Materiály IX mezinárodní vědecko - praktická konference «Přední vědecké novinky – 2013». - Díl 7. Lékařství. Biologické vědy / Praha: Publishing House «Education and Science», 2013. – С. 13 – 15.

40. Крячкова Л. В. Захопленість роботою та залученість медичного персоналу до ефективного обслуговування у закладах охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Materiály X mezinárodní vědecko - praktická konference «Aplikované vědecké novinky – 2014». - Díl 13. Lékařství / Praha: Publishing House «Education and Science», 2014. – С. 28 – 32. *(Особистий внесок: розробка концепції та методології дослідження, аналіз та узагальнення результатів дослідження, написання тез).*

41. Крячкова Л. В. Аналіз та оцінка досвіду Дніпропетровського пілотного регіону щодо реформування системи охорони здоров'я / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко // Матеріали XV конгресу СФУЛТ / Українські медичні вісті (січень – грудень 2014). – Т. 11, № 1 – 4 (80 - 83). – С. 37. *(Особистий внесок: проведення аналізу літератури з визначеної проблеми, оформлення тез).*

42. Крячкова Л. В. Дослідження домінуючої особистісної спрямованості організаторів охорони здоров'я Дніпропетровського регіону / Л. В. Крячкова, Г. С. Канюка // Матеріали XV конгресу СФУЛТ / Українські медичні вісті (січень –

грудень 2014). – Т.11, № 1 – 4 (80 - 83). – С. 446. *(Особистий внесок: узагальнення результатів дослідження, написання тез)*.

43. Крячкова Л. В. Вклад медицинской профессуры украинской ССР в формирование отзывчивости системы здравоохранения / Л. В. Крячкова // Медицинская профессура СССР : материалы международной конференции, Москва, 17 октября 2014 г. / М.: Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья, 2014. – С. 151 – 153.

44. Крячкова Л. В. Аналіз змін профілів діяльності лікарів первинної ланки / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Сьогодення та майбутнє сімейної медицини : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю / Здоров'я суспільства. – 2014. – Т. 3., № 1 - 2. – С. 84. *(Особистий внесок: визначення мети дослідження, збір та аналіз первинного матеріалу)*.

45. Крячкова Л. В. Виявлення пріоритетних напрямків забезпечення чутливості медичного обслуговування на підставі соціологічного обстеження домогосподарств / Л. В. Крячкова // Materiály X mezinárodní vědecko - praktická konference «Vědecké prumysl evropskeno kontinentu - 2014». - Díl 16. Lékařství. Zvérolékařství / Praha: Publishing House «Education and Science», 2014. – С. 11 – 14.

Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

46. Крячкова Л. В. Механізми впливу сімейного лікаря на доступність медичної допомоги / Л. В. Крячкова, В. С. Щербиніна, І. О. Губар, О. П. Максименко, Е. В. Борвінко // Збірник наукових праць Українського інституту громадського здоров'я. - К. : Медінформ, 2007 - С.147 – 153. *(Особистий внесок: розробка концепції дослідження, організація збору та аналізу матеріалів, узагальнення результатів)*.

47. Крячкова Л. В. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. - 2008. - № 2 (2). - С. 44 - 52. *(Особистий внесок: участь у зборі матеріалів дослідження, аналізі результатів)*.

48. Крячкова Л. В. Використання доказового менеджменту – запорука визначення ефективної стратегії розвитку охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. - 2008. - № 4 (4). - С. 58 - 60. *(Особистий внесок: участь у розробці концепції дослідження, обговоренні результатів, написанні статті)*.

49. Крячкова Л. В. Модернізація первинної медичної допомоги населенню України в руслі світових тенденцій / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - № 2 - 3 (22 - 23). - С. 63-69. *(Особистий внесок: участь у розробці концепції дослідження, написанні статті)*.

50. Крячкова Л. В. Оцінка готовності медичного персоналу до забезпечення чутливості системи охорони здоров'я / Л. В. Крячкова // Сборник научных трудов SWorld. – Выпуск 3. – Том 48. – Иваново: МАРКОВА АД, 2013. – С. 24 – 28.
51. Крячкова Л. В. Оцінка чутливості системи охорони здоров'я до очікувань пацієнтів медичних закладів (на прикладі центру первинної медико-санітарної допомоги) / Ю. Сапа, Т. Борзова, Л. Крячкова, Д. Кріштафор, А. Сокол // Главный врач. – 2013. - № 2. – С. 38 – 50. (*Особистий внесок: організація збору матеріалу, обробка і узагальнення результатів*).
52. Крячкова Л. В. Оптимізація трудової діяльності на підставі оцінки психологічного портрету медичного персоналу (на прикладі медичних реєстраторів) / Л. Крячкова, Ю. Сапа, Г. Канюка, М. Бабець // Главный врач. – 2013. - № 9. – С. 51 – 60. (*Особистий внесок: визначення мети дослідження, накопичення та обробка даних дослідження, аналіз результатів*).
53. Крячкова Л. В. Забезпечення якості трудової життя медичного персоналу як основа підвищення ефективності медичного обслуговування / Л. В. Крячкова, Ю. С. Сапа, М. М. Полухін, Г. Г. Мостова, Л. В. Ровенчук // Главный врач. – 2014. - № 7. – С. 55 – 62. (*Особистий внесок: збір матеріалу, формулювання висновків, написання статті*).
54. Крячкова Л. В. Аналіз вимог до управлінської діяльності в напрямку підвищення ефективності охорони здоров'я / Л. В. Крячкова // Главный врач. – 2014. - № 8. – С. 68 – 75.
55. Крячкова Л. В. Оцінка діяльності медсестринського персоналу за якістю трудового життя / Л. В. Крячкова // Головна медична сестра. – 2014. - № 8. – С. 14 – 19.
56. Крячкова Л. В. Дослідження трудової мотивації медичних працівників / Л. В. Крячкова // Главный врач. – 2014. - № 9. – С. 56 - 61.
57. Крячкова Л. В. Історичні аспекти забезпечення відгуку охорони здоров'я на запити населення // Главный врач. – 2014. - № 9. – С. 65 - 69.
58. Крячкова Л. В. Забезпечення чутливості медичного обслуговування як провідна ціль діяльності медичних працівників на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я / Л. В. Крячкова // Головна медична сестра. – 2014. - № 9. – С. 26 – 31.
59. Крячкова Л. В. Електронна охорона здоров'я як засіб оцінки діяльності медичного персоналу / Л. В. Крячкова // Головна медична сестра. – 2014. - № 10. – С. 8 – 10.
60. Крячкова Л. В. Оцінка чутливості системи охорони здоров'я на підставі соціологічного опитування домогосподарств / Л. В. Крячкова // Главный врач. – 2014. - № 10. – С. 63 - 70.

61. Крячкова Л. В. Оцінка системи охорони здоров'я України в напрямку досягнення основних цілей діяльності / Л. В. Крячкова // Главный врач. – 2014. - № 12. – С. 38 - 47.
62. Крячкова Л. В. Досвід оцінки трудової мотивації середнього та молодшого медичного персоналу / Л. В. Крячкова // Головна медична сестра. – 2014. - № 12. – С. 12 – 15.
63. Крячкова Л. В. Методика оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я : методичні рекомендації 151.13/304.13 / уклад. : В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко ; МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, ДЗ «ДМА МОЗ України». - К., 2013. – 36 с. (*Особистий внесок: участь у розробці та апробації методики, написання методичних рекомендацій*).
64. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір «Методика оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я» / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко. - № 525558; зареєстр. 13.12.2013 р. (*Особистий внесок: участь у розробці та апробації методики*).
65. Крячкова Л. В. Методика оцінки чутливості системи охорони здоров'я до очікувань населення на підставі опитування ключових респондентів : методичні рекомендації 152.13/305.13 / уклад. : В. М. Лехан, Л. В. Крячкова ; МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, ДЗ «ДМА МОЗ України». - К., 2013. – 40 с. (*Особистий внесок: розробка концепції, організація збору та проведення обробки матеріалів дослідження, написання методичних рекомендацій*).
66. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір «Методика оцінки чутливості системи охорони здоров'я до очікувань населення на підставі опитування ключових респондентів» / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова. - № 525559; зареєстр. 13.12.2013 р. (*Особистий внесок: участь у розробці та апробації методики*).
67. Крячкова Л. В. Аналіз впливу чутливості охорони здоров'я на якість життя пацієнтів лікувальних закладів первинного рівня : Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 252-2013, випуск 7 з проблеми «Соціальна медицина» / Л. В. Крячкова, Ю. С. Сапа ; ДЗ «ДМА МОЗ України», Укрмедпатентінформ. – К. : Укрмедпатентінформ, 2013. – 4 с. (*Особистий внесок: розробка концепції, планування та організація дослідження, оцінка його результатів, написання інформаційного листа*).
68. Крячкова Л. В. Психологічні основи формування професійних компетенцій керівників закладів охорони здоров'я : Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 364-2013, випуск 9 з проблеми «Соціальна медицина» / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко, Г. С. Канюка, О. К. Надута-Скрипник ; ДЗ «ДМА МОЗ України», Укрмедпатентінформ. – К. : Укрмедпатентінформ, 2014. – 4

с. *(Особистий внесок: збір та обробка експериментального матеріалу, аналіз результатів, оформлення інформаційного листа до видання).*

69. Крячкова Л. В. Методика оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 38 - 39. – Реєстр. №280/39/13. - К., 2013. – С. 5. *(Особистий внесок: розробка методики, збір матеріалу, узагальнення результатів).*

70. Крячкова Л. В. Методика оцінки чутливості системи охорони здоров'я до очікувань населення на підставі опитування ключових респондентів / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 38 - 39. – Реєстр. №281/39/13. - К., 2013. – С. 5 – 6. *(Особистий внесок: ідея, методологічне забезпечення, збір матеріалу, узагальнення результатів, оформлення).*

71. Крячкова Л. В. Аналіз впливу чутливості охорони здоров'я на якість життя пацієнтів лікувальних закладів первинного рівня / Л. В. Крячкова, Ю. С. Сапа // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 38 - 39. – Реєстр. №277/39/13. - К., 2013. – С. 3. *(Особистий внесок: методологічне забезпечення, організація збору матеріалу та аналіз результатів).*

АНОТАЦІЯ

Крячкова Л. В. Медико-соціальне обґрунтування системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення. - На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 - соціальна медицина. – Харківський національний медичний університет, Харків, 2015.

Дисертація присвячена вирішенню актуальної наукової проблеми – медико-соціальному обґрунтуванню системи забезпечення належного рівня чутливості охорони здоров'я до очікувань населення через основні процеси медичного обслуговування, включно з основними елементами чутливості (формування необхідних управлінських компетенцій; залученість медичного персоналу до ефективної діяльності; оперативність медичного обслуговування; вільний вибір постачальників медичних послуг; повага до людської гідності; належні комунікації; доступ до соціальної підтримки під час лікування; конфіденційність інформації та автономія пацієнтів; якість побутових умов закладів охорони здоров'я) та функції галузі (ефективне керівництво, забезпечення ресурсами, фінансування та надання допомоги) при належному інформаційному супроводі.

Валідність системи доведена ступеневою нелінійною регресійною моделлю та результатами впровадження у центрі первинної медико-санітарної допомоги. Галузеве впровадження системи позитивно відіб'ється на кінцевих показниках діяльності охорони здоров'я, включаючи здоров'я населення.

Ключові слова: оцінка діяльності системи охорони здоров'я, чутливість охорони здоров'я, ефективність, система забезпечення.

АННОТАЦИЯ

Крячкова Л. В. Медико-социальное обоснование системы обеспечения отзывчивости здравоохранения к ожиданиям населения. - На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 - социальная медицина. - Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, 2015.

Диссертация посвящена решению актуальной научной проблемы – медико-социальному обоснованию системы обеспечения отзывчивости здравоохранения к ожиданиям населения для повышения общей эффективности деятельности отрасли. Актуальность работы обусловлена тем, что аналогов подобных исследований не существует не только в Украине, но и в мире.

Информационную базу исследования составили данные международной и отечественной статистики, результаты собственных исследований по обеспечению отзывчивости здравоохранения и достижению других целей деятельности. Использован комплекс современных методов исследования: системный подход и анализ, библиосемантический, исторический, социологический, социально-психологический и медико-статистический методы, метод потенциальной демографии, контент-анализ, метод экспертных оценок, концептуального моделирования, эконометрических оценок и организационного эксперимента.

Проблема отзывчивости системы здравоохранения изучалась по обращениям граждан в Министерство здравоохранения Украины, данным Интернет рейтингов врачей, по результатам социологических опросов ключевых респондентов – наиболее осведомленных слоев провайдеров и получателей медицинских услуг, социологического обследования домохозяйств.

В результате исследования было установлено, что интегральный, взвешенный по оценке своих основных элементов, показатель отзывчивости системы здравоохранения ниже среднего уровня и составляет по десятибалльной шкале $4,84 \pm 0,12$ балла ($M \pm m$) по оценкам ключевых респондентов и $4,20 \pm 0,06$ балла по данным обследования домохозяйств. Определено, что показатель справедливости распределения отзывчивости среди населения имеет негативную динамику и составляет $0,79 \pm 0,01$ по шкале оценки от 0 - полное неравенство, до 1 - полное равенство.

Проведен анализ связи отзывчивости с другими целями и функциями системы здравоохранения. Установлено, что структурная эффективность системы является базовой для соответствующей реакции отрасли на запросы населения. Выявлена недостаточная структурная эффективность национальной системы здравоохранения - $0,412$ по шкале от 0 до 1.

В диссертационной работе проанализирована роль руководящего звена и медицинского персонала в обеспечении отзывчивости системы здравоохранения. Доказано, что обязательным является овладение руководителями разного уровня определенным набором компетенций (отраслевых, менеджерских, деловых, личностных / межличностных) и формирование у медицинского персонала вовлеченности в выполнение поставленных целей посредством повышения качества трудовой жизни и увлеченности медицинского персонала работой.

Интегральная оценка деятельности системы здравоохранения Украины по отдельным показателям здоровья населения, отзывчивости, финансовой доступности и структурной эффективности показала, что отрасль не эффективно выполняет основные цели деятельности. Это подтверждается комплексом интегральных показателей: показателем функциональности по уровню здоровья (0,514 по шкале от 0 до 1); результативности (0,689) и общей эффективности деятельности (0,559).

По результатам исследования была разработана система обеспечения надлежащего уровня отзывчивости здравоохранения к запросам населения посредством влияния на основные функции и процессы отрасли, включая приоритетные элементы отзывчивости.

Согласно разработанной модели, чтобы положительно повлиять на конечные результаты деятельности, системе здравоохранения необходимо обеспечить надлежащий отклик на обоснованные запросы населения за счет направляющего руководства, эффективно работающего медицинского персонала, доступной, качественной и структурно эффективной медицинской помощи, справедливой системы финансирования и адекватной информационной системы.

Валидность системы доказана ступенчатой нелинейной регрессионной моделью, согласно которой повышение отзывчивости до максимальных 10 баллов приведет к увеличению показателя общей эффективности здравоохранения на 24,85 % и положительными результатами ее внедрения на уровне центра первичной медико-санитарной помощи.

Доказано, что внедрение системы обеспечения отзывчивости здравоохранения к ожиданиям населения положительно отразится на конечных показателях деятельности лечебных учреждений и отрасли в целом.

Ключевые слова: оценка деятельности системы здравоохранения, отзывчивость здравоохранения, эффективность, система обеспечения.

SUMMARY

Kryachkova L. V. Medical and social basing of assurance system of health system's responsiveness to public expectations. - Manuscript.

Dissertation for the degree of doctor of medical sciences, specialty 14.02.03 - social medicine. - Kharkiv National Medical University, Kharkiv, 2015.

The thesis is devoted to the scientific substantiation of the social-health substantiation system of health system's responsiveness to public expectations

According to the investigation results the providing system of health system's responsiveness to public expectations was developed. The system includes key aspects of responsiveness and study public expectations using basic processes.

The developed model shows that for positive the influence of the health system outcomes it is necessary to provide the reasonable request for the reasonable expectations of the population through the stewardship, an efficient medical staff, accessible, quality and structural effective health care, a fair system of financing and adequate information system.

The validity of the system is proved by stepped nonlinear regression model,

according to which an increase of the responsiveness on 1% will increase the overall performance efficiency of the health system on 0.18%, and will have the positive results of its implementation at the primary level.

Key words: performance assessment of health system, health system responsiveness, comparative measures of health system efficiency, providing system.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

БД	– База даних
БД-ЗДВ	– База даних «Здоров'я для всіх»
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	– Заклад охорони здоров'я
КР	– Ключові респонденти
ЛПЛ	– Лікар первинної ланки
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
МОН ДАК	– Державна акредитаційна комісія Міністерства освіти і науки
НРОЗ	– Національні рахунки охорони здоров'я
ОДСОЗ	– Оцінка діяльності системи охорони здоров'я
ОЗ	– Охорона здоров'я
ОТЖ	– Очікувана тривалість життя
ПМСД	– Первинна медико-санітарна допомога
ТЖЗЛ / HALE	– Тривалість життя здорової людини
ЦПМСД	– Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги
ЯЖ	– Якість життя
ЯТЖ	– Якість трудового життя
S	– Інтегральний показник структурної ефективності системи охорони здоров'я