

## ЯКІСТЬ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ: МІЖНАРОДНИЙ КОНТЕКСТ ТА ВАЛІДАЦІЯ SQCQ В УМОВАХ ВІЙНИ

Січ Ю.С., Чомоляк Ю.Ю.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

**Ключові слова:** первинна медична допомога, якість первинної медичної допомоги, оцінка якості, модель Донабедіана, війна, цифрові інструменти.

Буковинський медичний вісник. 2026. Т. 30, № 2 (118). С. 108-114.

DOI: 10.24061/2413-0737.30.2.118.2026.18

E-mail: sich61923@gmail.com

**Резюме.** У роботі проаналізовано сучасні підходи до оцінки якості первинної медичної допомоги (ПМД) в Україні та світі. Визначено ключові індикатори, інструменти та методології оцінки якості, а також основні виклики, пов'язані з обмеженими ресурсами, міграцією населення та порушенням функціонування системи охорони здоров'я.

**Мета дослідження** – проаналізувати сучасні підходи до оцінки якості первинної медичної допомоги в Україні та світі та визначити особливості їх застосування в умовах воєнного конфлікту. Провести валідацію опитувальника SQCQ (self-reported quality control questionnaire).

**Матеріал і методи.** Валідація опитувальника була виконана шляхом опитування 10 експертів з різних по віддаленості до фронту регіонів. Аналітична частина була розрахована за показниками впливу пунктів (Item Impact Score, IIS) для кожного елемента опитувальника.

**Результати.** Встановлено, що для оцінки якості ПМД у світі широко застосовується модель Донабедіана. В Україні спостерігається поступове впровадження міжнародних стандартів (ВООЗ, ОЕСР), однак їх реалізація ускладнена через обмежені ресурси, недостатність даних та вплив воєнного конфлікту. Виявлено, що війна суттєво ускладнює моніторинг якості ПМД, особливо для вразливих груп населення, та потребує впровадження адаптивних і цифрових інструментів оцінки. Зовнішня валідність усіх пунктів SQCQ продемонструвала високі значення IIS для кожного з них в умовах воєнного часу. Водночас, деякі пункти по-різному сприймалися лікарями, які працюють поблизу лінії фронту, що свідчить про необхідність їх подальшого уточнення.

**Висновки.** Україна досягла певного прогресу у впровадженні міжнародних підходів до оцінки якості ПМД, однак воєнні дії, обмежені ресурси та системні проблеми залишаються ключовими бар'єрами. Необхідним є розвиток адаптованих, стійких систем оцінки якості, орієнтованих на кризові умови.

## ASSESSMENT OF THE QUALITY OF PRIMARY HEALTH CARE IN UKRAINE AND INTERNATIONALLY

Sich Y.S., Chomolyak Y.Y.

**Key words:** primary health care, quality of primary care, quality assessment, Donabedian model, war, digital tools.

Bukovinian Medical Herald. 2026. V. 30, № 2 (118). P. 108-114.

**Resume.** This paper analyzes current approaches to assessing the quality of primary health care (PHC) in Ukraine and worldwide. It identifies key indicators, tools, and methodologies for quality assessment, along with the main challenges posed by limited resources, population migration, and disruptions to the healthcare system.

**Objective of the study.** To analyze current approaches to assessing the quality of primary health care in Ukraine and worldwide and to identify the specificities of their application in the context of armed conflict. Validate the SQCQ questionnaire (self-reported quality control questionnaire)

**Materials and methods.** The questionnaire was validated through a survey of 10 experts from regions varying in their distance from the frontline. The analytical component was assessed using the Item Impact Score (IIS) for each questionnaire item.

**Results.** It was found that the Donabedian model is widely used to assess the quality of PHC in the world. In Ukraine, there is a gradual implementation of international standards (WHO, OECD), however, their implementation is

*complicated by limited resources, insufficient data and the impact of the military conflict. It was found that the war significantly complicates the monitoring of the quality of PHC, especially for vulnerable groups of the population, and requires the implementation of adaptive and digital assessment tools. The external validity of all SQCQ items demonstrated high IIS values for each of them in wartime conditions. At the same time, some items were perceived differently by doctors working near the front line, which indicates the need for their further refinement.*

**Conclusions.** *Ukraine has made some progress in implementing international approaches to evaluating the quality of primary healthcare; however, military operations, limited resources, and systemic issues remain key barriers. There is a need to develop adapted, resilient quality assessment systems tailored to crisis conditions.*

**Вступ.** Повномасштабна війна в Україні спричинила глибоку трансформацію системи охорони здоров'я, у тому числі і первинної медичної допомоги. Руйнування інфраструктури, втрати людського потенціалу та масштабна внутрішня міграція населення суттєво підвищили навантаження на заклади первинної медичної допомоги (ПМД) у відносно безпечних регіонах країни. У цих умовах первинна ланка стала не лише точкою першого контакту пацієнта із системою охорони здоров'я, а й ключовим елементом медичної, психологічної та соціальної підтримки внутрішньо переміщених осіб, поранених та громадян, яким була потрібна медична допомога [1].

Водночас, воєнний контекст актуалізував потребу в нових організаційних моделях надання допомоги, здатних поєднувати доказову клінічну практику та підготовку майбутніх сімейних лікарів. Дослідження якості надання ПМД в умовах війни є важливим для оцінки стійкості системи охорони здоров'я та формування стратегій її відновлення і розвитку. Якість первинної медичної допомоги (ПМД) є основою ефективних систем охорони здоров'я, а системи оцінки розвиваються з метою вирішення різноманітних проблем у різних країнах. В Україні оцінка якості ПМД формувалася під впливом реформ системи охорони здоров'я, впровадження міжнародних моделей, таких як система Донабедіана, та впливу глобальних політичних організацій, таких як WHO (World Health Organization), UNICEF, USAID, UKAID та інших. Ключові показники включають структурні, процесуальні та результативні заходи, а інструменти варіюються від опитувань задоволеності пацієнтів до клінічних аудитів та систем управління якістю [2, 13].

За межами України міжнародні ініціативи, такі як ініціатива з оцінки ефективності первинної медичної допомоги PHCPI (Primary Health Care Performance Initiative), розробили концептуальні рамки та набори показників для порівняння ефективності ПМД у різних умовах [3, 4, 22].

Ці зусилля доповнюються такими інструментами, як Індекс доступу та якості медичної допомоги (Healthcare Access and Quality Index (HAQ)), Оцінка надання послуг (Service Provision Assessments (SPA)) та опитування пацієнтів, які дозволяють проводити міждержавні порівняння доступу, ефективності, справедливості та орієнтованості на пацієнта [5, 6].

Однак залишаються значні виклики: доступність даних є нерівномірною, особливо в країнах із низьким та середнім рівнем доходу (low- and middle-income countries (LMICs)) відсутні валідовані показники для всіх сфер якості ПМД, а прямий перенос показників між країнами часто є недоречним без контекстуальної адаптації [7, 8, 23].

На міжнародному рівні також використовують порівняльні підходи, підкреслюють як конвергенцію, наприклад, використання багатовимірних показників якості, так і дивергенцію, особливо в умовах обмежених ресурсів або конфліктів, де збір даних та їх впровадження стикаються зі значними перешкодами [9, 14].

Триваючий конфлікт в Україні ще більше ускладнив оцінку якості ПМД, вплинувши на вразливі верстви населення та створивши навантаження на структурні підрозділи охорони здоров'я [9, 10, 11]. Останні публікації (2015–2025) підкреслюють необхідність створення надійних, адаптивних систем та висвітлюють прогалини в даних, стандартизації та впровадженні політики [2, 9, 10, 11].

**Мета дослідження** – дослідити адаптованість наявних в Україні інструментів оцінки якості ПМД під час кризового періоду, а саме у період військової агресії росії.

**Матеріал і методи.** Першим етапом слугував бібіосемантичний пошук. Основним джерелом інформації для дослідження став цифровий доступ до таких баз даних повних текстів та рефератів: пакет інформаційних баз EBSCO, найбільша у світі єдина платформа рефератів та наукових метрик Scopus, загальнодоступна пошукова система Google Scholar, MEDLINE з повними текстами, MEDLINE Complete, Dyna Med Plus, EBSCO eBooks Clinical Collection, база даних рефератів та наукових метрик наукових публікацій Thomson; Reuters Web of Science Core Collection WoS (CC), статистичні дані Міністерства охорони здоров'я України та Центру громадського здоров'я, SCIE (Science Citation Index Expanded), SSCI (Social Science Citation Index), онлайн-база даних Національної наукової медичної бібліотеки України, ANCI (Art and Humanities Citation Index). Пошук інформації відбувався в кілька етапів (рис 1).

Ідентифікація: стратегія пошуку була спрямована на підбір джерел літератури з оцінки якості ПМД в Україні та на міжнародному рівні за ключовими

## Оригінальні дослідження

словами: «показники якості», «інструменти оцінки якості», «методології оцінки», «порівняльні підходи оцінки якості», «виклики щодо оцінки якості в умовах обмежених ресурсів/конфліктів», «оцінка якості в країнах із середнім та низьким рівнем доходів».



Рис. 1. Етапи пошуку інформації

На етапі попереднього відбору здійснювався перегляд заголовків та анотацій знайдених публікацій. Критерії виключення: публікації без доступних анотацій або повних текстів, нерелевантність темі (фокус не на ПМД або на вторинній/третинній допомозі), відсутність чітко описаних індикаторів чи методів, низька методологічна валідність (нерецenzовані джерела, відсутність DOI), дублікати, публікації до 2015 року (крім фундаментальних), поза досліджуваним контекстом (Україна, воєнні умови, LMICs), мова, відмінна від англійської або української (без перекладу), публікації з неіндексованих джерел.

До фінального етапу та включення в бібліосемантичний огляд були включені найбільш релевантні та актуальні статті (з урахуванням сучасних викликів, умови не стабільності, обмежені ресурси, та умови конфлікту). Фінальний набір публікацій було використано та представлено в цьому огляді.

З метою ж оцінки валідності опитувальника SQCQ було проведено експертне оцінювання за участю сімейних лікарів, які здійснюють професійну діяльність у регіонах України з різною віддаленістю від лінії фронту. До дослідження були залучені лікарі з відносно безпечного регіону (м. Ужгород), а також із регіонів, наближених до зони бойових дій та таких, що зазнавали регулярних обстрілів (м. Запоріжжя, м. Дніпро, м. Харків, м. Кропивницький).

Інструментом дослідження слугував 48-пунктовий опитувальник SQCQ. Десять сімейних лікарів виступили в ролі експертів та здійснили оцінювання кожного пункту опитувальника за 5-бальною шкалою, де вищі значення відображали більшу релевантність, зрозумілість та доцільність включення відповідного пункту до інструмента. Окрім кількісного оцінювання, учасники надавали відкриті коментарі до кожного пункту з метою обґрунтування своєї позиції, виявлення потенційних проблем формулювання та уточнення контексту використання запитань.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Ключові показники, інструменти та методології, які

застосовуються у світі. У результаті аналізу наукових джерел встановлено, що міжнародні підходи до оцінки якості первинної медичної допомоги ґрунтуються на поєднанні класичних і сучасних моделей вимірювання.

Модель Донабедіана (структура – процес – результат) широко використовується в Україні та на міжнародному рівні для оцінки якості первинної медичної допомоги. Концепція, запропонована Аведіс Донабедіан, слугує теоретичною основою для всебічної оцінки якості медичної допомоги та базується на аналізі трьох взаємопов'язаних складових – структури, процесу та результату; структурний компонент охоплює ресурси та організаційні умови функціонування системи охорони здоров'я, включаючи кадровий потенціал, матеріально-технічне забезпечення та інфраструктуру, що визначають можливості надання належної допомоги; процесуальний компонент відображає безпосередній перебіг клінічної діяльності, зокрема правильність і своєчасність діагностичних і лікувальних втручань, дотримання стандартів медичної практики та ефективність взаємодії з пацієнтами; результативний компонент характеризує кінцеві наслідки медичних втручань і включає такі показники, як рівень летальності, частота ускладнень, ступінь відновлення функцій і задоволеність пацієнтів отриманою допомогою. Застосування цієї моделі забезпечує системний підхід до виявлення недоліків у наданні медичних послуг, їх аналізу та подальшого вдосконалення як на клінічному, так і на організаційному рівнях [10, 22]. Показники включають безпеку, ефективність, своєчасність, результативність, справедливість та орієнтованість на пацієнта. Зазвичай, використовуються такі інструменти, як опитування задоволеності пацієнтів, клінічні аудити та системи управління якістю [2, 15, 16, 18].

Для постійного поліпшення якості також застосовується цикл Демінга «Плануй-Виконуй-Перевірй-Дій» [2]. Цикл Демінга PDCA (Plan-Do-Check-Act) є науково обґрунтованою методологією безперервного підвищення якості медичної допомоги, що передбачає послідовне проходження етапів планування, впровадження, перевірки та корекції управлінських і клінічних рішень. У медичній практиці його застосування базується на системному аналізі причинно-наслідкових зв'язків і дозволяє оптимізувати клінічні процеси, підвищити ефективність лікувально-діагностичних заходів і забезпечити стандартизацію медичних втручань. Використання даного підходу асоціюється зі зменшенням частоти «Внутрішньолікарняна інфекція», зменшенням кількості лікарських помилок і ускладнень, а також підвищенням рівня безпеки пацієнтів і якості клінічних результатів. Інтеграція циклу в системи управління якістю, рекомендовані ВООЗ, сприяє впровадженню стандартизованих протоколів і постійному моніторингу їх ефективності, крім того, поєднання циклу «Плануй-Виконуй-Перевірй-Дій» із принципами доказової медицини забезпечує ухвалення клінічних рішень на основі

актуальних наукових доказів, що підвищує відтворюваність результатів, покращує прогноз для пацієнтів і сприяє раціональному використанню ресурсів системи охорони здоров'я.

Показано, що на міжнародному рівні дедалі більшого значення набувають інтегровані рамки оцінювання первинної медичної допомоги, зокрема Ініціатива щодо ефективності первинної медичної допомоги (PHCPI) та Система оцінки первинної медичної допомоги ВООЗ/ЮНІСЕФ (WHO/UNICEF Primary Health Care Measurement Framework), які поєднують індикатори системної спроможності, процесу надання допомоги та кінцевих результатів для населення. Ці підходи орієнтовані не лише на реєстрацію формальних показників, але й на виявлення механізмів покращення якості, включаючи управління, фінансування, цифрову підтримку, кадрову стабільність і реальний досвід пацієнта. Таким чином, оцінка якості ПМД у сучасних умовах розглядається як багаторівневий процес, що охоплює як ресурси системи, так і здатність первинної ланки забезпечувати комплексний, своєчасний і безпечний маршрут пацієнта.

Таблиця 1 систематизує ключові відмінності та сходження підходів до оцінки якості ПМД. Міжнародні стандарти пропонують комплексні рамки з валідованими інструментами, тоді як Україна адаптує їх до екстремальних умов: 70% зростання навантаження на ПМД у безпечних регіонах, критична потреба в цифрових рішеннях реального часу та пріоритет моніторингу для внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та людей старшого віку. Конвергенція до моделі Донабедіана спостерігається, проте військовий контекст вимагає якісно нових адаптивних цифрових рішень.

Таблиця 1

## Порівняння підходів до оцінки якості ПМД

Параметр	Міжнародні стандарти [2-5, 20]	Україна (війна) [2,9-11]
Модель	Донабедіан (структура-процес-результат)	Поступове впровадження з бар'єрами даних
Інструменти	PHCPI, HAQ, SPA	eHealth, аудити
Виклики	LMICs: обмежені ресурси	ВПО, дефіцит кадрів

Примітки: *Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI)* — Ініціатива з оцінки ефективності первинної медичної допомоги; *Healthcare Access and Quality Index (HAQ)* — Індекс доступності та якості медичної допомоги; *Service Provision Assessment (SPA)* — Оцінка надання медичних послуг; *Low- and Middle-Income Countries (LMICs)* — країни з низьким та середнім рівнем доходу.

Порівняльні підходи України та міжнародних/європейських стандартів. Реформи

первинної медичної допомоги в Україні все більше узгоджуються з рамками ВООЗ та ОЕСР, акцентуючи увагу на багатовимірній якості та використанні стандартизованих показників. Однак їх впровадження відбувається по-різному, з проблемами у зборі даних, розподілі ресурсів та адаптації до місцевих умов [2, 9, 24]. Європейські країни, які приймають українських біженців, стикаються з додатковим тиском, що підкреслює необхідність гнучких, інноваційних систем медичної інформації та транскордонної координації політики [9, 10].

Конфлікт та обмеженість ресурсів в Україні порушили надання первинної медичної допомоги та оцінку її якості, особливо для літніх людей та вразливих груп населення [9, 10]. Серед перешкод — недостатня кількість медичних працівників, обмежений доступ до ліків, недосконалі системи медичної інформації та труднощі з моніторингом хронічних захворювань і психічного здоров'я [9, 10, 11, 25]. Поширення інфекцій, стійких до дії багатьох лікарських засобів, викликає дедалі більшу стурбованість, що вимагає надійного контролю та управління інфекціями [12]. Тому, середні загальносистемні показники не є достатніми для повної оцінки якості, якщо вони не доповнюються аналізом нерівностей доступу та якості допомоги між окремими соціальними і клінічними групами.

Результати валідації. За результатами експертної оцінки було встановлено, що показник впливу пунктів (Item Impact Score, IIS) для всіх 48 запитань опитувальника SQCQ перевищував порогове значення 1,5, що свідчить про їх загальну релевантність та прийнятність для використання в умовах воєнного часу. Розрахунок IIS здійснювався шляхом множення частки експертів, які оцінили пункт як важливий (зазвичай  $\geq 4$  балів за 5-бальною шкалою), на середнє значення оцінки цього пункту. Такий підхід дозволяє одночасно врахувати як частоту позитивних оцінок, так і їх інтенсивність, що є стандартною практикою при оцінці зовнішньої валідності інструментів.

Водночас було виявлено, що лікарі, які працюють у регіонах, наближених до лінії фронту, надали нижчі оцінки окремим пунктам опитувальника (пункти 4, 13, 18, 19, 20, 34, 48) порівняно з колегами з більш безпечних регіонів. Це може свідчити про контекстуальні відмінності у сприйнятті якості первинної медичної допомоги в умовах підвищеного навантаження на систему охорони здоров'я, обмежених ресурсів та змінених пріоритетів надання медичних послуг під час війни. Альтернативно, такі відмінності можуть частково відображати індивідуальні суб'єктивні оцінки респондентів.

З огляду на виявлені розбіжності, для подальшого уточнення та інтерпретації результатів планується проведення додаткового валідаційного дослідження з окремим аналізом відповідей лікарів, які працюють у регіонах, розташованих поблизу та на відстані від лінії фронту. Це дозволить глибше оцінити вплив контексту на валідність окремих пунктів SQCQ та за потреби адаптувати інструмент до специфіки воєнного часу.

## Оригінальні дослідження

Останні публікації підкреслюють важливість інтеграції найкращих міжнародних практик, цифрових інструментів охорони здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій з урахуванням вікових особливостей [2, 9, 10, 16]. Політичні рамки ВООЗ, ОЕСР та Міністерства охорони здоров'я України визначають напрямки реформ, але залишаються прогалини в їх реалізації, особливо в умовах кризи [2, 9, 10, 11]. За даними літератури, оцінка якості ПМД в Україні все більше ґрунтується на міжнародно визнаних рамках, зокрема на моделі Донабедіана та рекомендаціях ВООЗ/ОЕСР [2]. Однак впровадження цих систем на практиці ускладнюється системними проблемами, зокрема конфліктом, обмеженими ресурсами та прогалинами в даних [9, 10, 11]. Наплив біженців та триваюча війна викрили слабкі місця в системах медичної інформації та підкреслили необхідність адаптованих, стійких підходів [9, 10, 21, 23]. Хоча реформи політики та цифрові інновації є багатообіцяючими, їхній вплив є нерівномірним, а вразливі групи населення, особливо люди літнього віку, залишаються в зоні ризику [10, 17]. Найбільш переконливі докази стосуються прийняття структурних та процесних показників, але менш переконливі – вимірювання результатів та реальне впровадження в умовах кризи [2, 9, 10, 12].

З'ясовано, що перспективним напрямом удосконалення оцінювання якості ПМД є поєднання рутинних електронних даних, опитувань пацієнтів, індикаторів клінічного процесу та контекстних показників функціонування системи в умовах кризи. У сучасних підходах дедалі більше значення надається не лише кінцевому результату, а й здатності системи підтримувати безперервність допомоги, координацію між рівнями, довіру пацієнтів і використання цифрових інструментів для моніторингу якості [15, 16, 19]. Для України це означає необхідність розроблення адаптованої системи оцінювання якості ПМД, яка поєднуватиме міжнародно визнані індикатори з показниками стійкості, кризової готовності та чутливості до потреб вразливих категорій населення.

У сучасному науковому дискурсі якість первинної медичної допомоги (ПМД) розглядається як багатовимірна конструкція, що охоплює структурні, процесуальні та результативні компоненти, а також досвід пацієнта і системні характеристики функціонування охорони здоров'я. Відповідно, індикатори якості формуються як інтегрований інструмент оцінки ефективності, доступності, безпечності, безперервності та орієнтованості на пацієнта.

На системному рівні важливу роль відіграє управлінська перспектива оцінки якості. Зокрема, дослідження сприйняття якості менеджерами первинної ланки в Україні демонструє, що управлінці акцентують увагу на таких індикаторах, як організаційна ефективність, доступність послуг та ресурсне забезпечення, підкреслюючи значення управлінських рішень у формуванні якості медичної допомоги [12]. У ширшому контексті політики

охорони здоров'я підкреслюється необхідність застосування комплексних підходів до оцінки діяльності системи через інтегровані набори індикаторів, які дозволяють здійснювати моніторинг та порівняння ефективності на різних рівнях [17].

Поряд із системними характеристиками, значна увага приділяється досвіду пацієнта як важливому виміру якості. Зокрема, дослідження серед пацієнтів, які отримують опіоїдну замісну терапію, демонструє, що самозвітні показники якості відображають доступність, безперервність лікування та задоволеність отриманими послугами [13]. Аналогічно, оцінка responsiveness первинної допомоги серед осіб із психічними розладами акцентує увагу на таких індикаторах, як повага до пацієнта, якість комунікації, конфіденційність та чутливість до індивідуальних потреб [16]. Таким чином, орієнтованість на пацієнта виступає ключовим компонентом оцінки якості, що доповнює традиційні клінічні показники.

Особливої актуальності питання якості набувають у контексті кризових та вразливих станів. Дослідження задоволеності медичною допомогою в умовах збройного конфлікту свідчить про трансформацію індикаторів доступності та рівності, а також зростання значущості адаптивності системи до змінних умов [14]. У свою чергу, дослідження, присвячені здоров'ю біженців, підкреслюють необхідність врахування специфічних потреб цієї групи через індикатори рівності, доступності та персоналізації медичної допомоги [21-23]. Зокрема, аналіз тягаря захворювань серед літніх українських біженців вказує на необхідність адаптації послуг до складних коморбідних станів та обмеженого доступу до медичних ресурсів [22].

Важливим аспектом якості є також організаційні та кадрові чинники. Емпіричні дані свідчать, що такі фактори, як затримки виплат заробітної плати медичним працівникам, можуть негативно впливати на мотивацію персоналу, що, у свою чергу, позначається на ефективності, безперервності та загальній якості надання послуг [19].

Клінічні та сервісні аспекти якості також широко представлені в літературі. Зокрема, дослідження у сфері харчових послуг у країнах із низьким і середнім рівнем доходу виявляє суттєві прогалини, пов'язані з недостатньою компетентністю провайдерів та низькою якістю взаємодії з пацієнтами, що безпосередньо впливає на ефективність медичних втручань [18]. Аналіз якості послуг у великій вибірці медичних закладів дозволяє ідентифікувати фактори, пов'язані з високими показниками результативності, безпечності та клінічної ефективності, зокрема через підхід «позитивних відхилень» [20].

Паралельно розвиток дослідницьких компетенцій серед медичних працівників, зокрема через освітні програми у сфері методів дослідження, підвищує здатність до впровадження доказових підходів у практику, що опосередковано покращує якість допомоги [15].

Таким чином, аналіз сучасних досліджень дозволяє зробити висновок, що якість первинної медичної допомоги є комплексним і багаторівневим явищем, яке формується під впливом взаємодії системних, організаційних, клінічних та соціальних факторів. Відповідно, використання інтегрованих наборів індикаторів якості є необхідною умовою для всебічної оцінки та подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я.

**Висновки.** Підсумовуючи, можна сказати, що хоча Україна досягла прогресу у приведенні оцінки якості первинної медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів, триваючий конфлікт, обмеженість ресурсів та прогалини в даних становлять значні перешкоди для ефективного впровадження та моніторингу. Ключовою потребою є розроблення адаптованих індикаторів якості, чутливих до кризового контексту, та інтеграція цифрових інструментів моніторингу в режимі реального часу. Одним з таких інструментів може бути опитувальник SQCQ. Результати дослідження свідчать про те, що опитувальник SQCQ загалом зберігає належний рівень зовнішньої валідності в умовах воєнного часу, що підтверджується високими значеннями IIS для всіх його пунктів. Водночас, виявлені відмінності в оцінках окремих пунктів серед лікарів, які працюють поблизу лінії фронту, вказують на потенційний вплив контексту на сприйняття якості первинної медичної допомоги.

**Перспективи подальших досліджень.** Майбутні дослідження повинні зосередитися на розробці показників якості первинної медичної допомоги в режимі реального часу, адаптованих до кризових ситуацій, оцінці цифрових заходів у сфері охорони здоров'я та порівняльному аналізі результатів для

вразливих груп населення. Постають такі важливі питання:

- Як можна адаптувати показники якості ПМД до умов конфлікту та кризи в Україні? (Адаптація показників має вирішальне значення для точної оцінки та цілеспрямованих заходів під час триваючого конфлікту).

- Який вплив мають цифрові інструменти охорони здоров'я на моніторинг якості первинної медичної допомоги в умовах обмежених ресурсів? (Цифрові інструменти можуть покращити збір даних та моніторинг якості, але їхня ефективність залишається неясною).

- Як результати первинної медичної допомоги для літніх людей та біженців порівнюються в Україні та країнах ЄС, що приймають біженців? (Для формування політики та розподілу ресурсів для вразливих груп населення необхідні порівняльні дані про результати).

Результати проведеної валідації підкреслюють необхідність подальшого уточнення та, за потреби, адаптації окремих пунктів SQCQ з урахуванням специфіки надання медичної допомоги в умовах воєнного часу. Додаткові дослідження із залученням ширших вибірок та стратифікацією за географічним принципом дозволять підвищити чутливість інструмента до контекстуальних відмінностей і забезпечити його більш точне застосування для оцінки якості ПМД в Україні.

**Конфлікт інтересів.** Автори декларують відсутність конфлікту інтересів, зокрема фінансових, особистісних чи інших, що могли би вплинути на представлене дослідження і його результати.

**Фінансування.** Дослідження проводилося без фінансової підтримки.

## References

1. Kolesnyk P, Kolesnyk N, Sich Yu, Ponzel' N, Lazaryk V, Il'kov O, et al. Poklykannia simeinoho likaria na Zakarpatti pid chas viiny v Ukraini [The vocation of a family doctor in Transcarpathia during the war in Ukraine]. *Simeina Medytsyna. Yevropejs'ki praktyku*. 2024;1:14-8. <https://doi.org/10.30841/2786-720X.1.2024.300454> (in Ukrainian).
2. Veillard J, Cowling K, Bitton A, Ratcliffe H, Kimball M, Barkley S, et al. Better measurement for performance improvement in low- and middle-income countries: the Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) experience of conceptual framework development and indicator selection. *Milbank Q*. 2017;95(4):836-83. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12301>
3. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle-income countries. *J Gen Intern Med*. 2017;32(5):566-71. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3898-5>
4. Macarayan EK, Gage AD, Doubova SV, Guanais F, Lemango ET, Ndiaye Y, et al. Assessment of quality of primary care with facility surveys: a descriptive analysis in ten low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1176-85. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30440-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30440-6)
5. Lee AH, Kang HY, Liu YA. A Pilot Study on the Satisfaction of Long-Term Care Services in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec 22;19(1):90. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010090>
6. Marshall MN, Shekelle PG, McGlynn EA, Campbell S, Brook RH, Roland MO. Can health care quality indicators be transferred between countries? *Qual Saf Health Care*. 2003;12(1):8-12. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.1.8>
7. Purohit N, Kaur N, Zaidi SR, Rajapaksa L, Sarker M, Adhikari SR, et al. Assessing the WHO-UNICEF primary health-care measurement framework; Bangladesh, India, Nepal, Pakistan and Sri Lanka. *Bull World Health Organ*. 2024;102(7):476-85. <https://doi.org/10.2471/BLT.23.290655>
8. Spiegel PB. Are the health systems of EU countries hosting Ukrainian refugees ready to adapt? *Lancet Healthy Longev*. 2022;3(10):e639-40. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00197-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00197-0)
9. Armocida B, Ussai S, Pavlovych M, Valente M, Missoni E, Pistis M, et al. Older people: forgotten victims amid the Ukrainian humanitarian disaster. *Lancet Public Health*. 2022;7(5):e402-3. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00087-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00087-1)
10. Kovalchuk VP, Mc Gann P, Bohush HL, Fomina NS, Fomin OO, Kondratiuk VM. Antimicrobial resistance and genomic epidemiology of bacterial war-wound infections: Ukraine, 2014-2023. *Zaporozhye Med J*. 2025;27(5):355-60

## Оригінальні дослідження

<https://doi.org/10.14739/2310-1210.2025.5.338948>

11. Anufriyeva V, Pavlova M, Stepurko T, Groot W. The perception of health care quality by primary health care managers in Ukraine. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):895. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08300-y>
12. Pashchenko O, Bromberg DJ, Dumchev K, LaMonaca K, Pykalo I, Filippovych M, et al. Preliminary analysis of self-reported quality health indicators of patients on opioid agonist therapy at specialty and primary care clinics in Ukraine: A randomized control trial. *PLOS Glob Public Health.* 2022;2(11):e0000344. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000344>
13. Biduchak A, Chornenka Z, Hopko N, Alsalama MWO, Domanchuk T. Assessment of population satisfaction with medical care in conflict conditions. *J Med Life.* 2024;17(1):67-72. <https://doi.org/10.25122/jml-2023-0193>
14. Harris M, Kolesnyk A, Taylor G, Kolesnyk P. Introducing primary care research teaching in Ukraine: description and evaluation of the 'ABC' research methods course. *Educ Prim Care.* 2021;32(1):43-8. <https://doi.org/10.1080/14739879.2020.1812441>
15. Coronado-Vázquez V, Gil-de-Gómez MJ, Rodríguez-Eguizábal E, Oliván-Blázquez B, Gómez-Salgado J, Magallón-Botaya R, et al. Evaluation of primary care responsiveness by people with mental illness in Spain. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):133. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07516-2>
16. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Panteli D, Koch K, Khalid F, et al. Policy approaches to health system performance assessment. *Bull World Health Organ.* 2024;102(7):458-58A. <https://doi.org/10.2471/BLT.24.292104>
17. Ramadan M, Muthee TB, Okara L, Feil C, Villar Uribe M. Existing gaps and missed opportunities in delivering quality nutrition services in primary healthcare: a descriptive analysis of patient experience and provider competence in 11 low-income and middle-income countries. *BMJ Open.* 2023;13(2):e064819. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064819>
18. Zhang H, Mahajan M, Croke K, Bauhoff S, Waiswa P, McConnell M. Salary delays among public sector primary care workers: evidence from facility surveys across 16 low- and middle-income countries. *BMJ Glob Health.* 2025;10(12):e017742. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017742>
19. Lewis TP, McConnell M, Aryal A, Irimu G, Mehata S, Mrisho M, et al. Health service quality in 2929 facilities in six low-income and middle-income countries: a positive deviance analysis. *Lancet Glob Health.* 2023;11(6):e862-70. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00163-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00163-8)
20. Śniadecki M, Boyke Z. A shared fate: adapting and personalising medical care from the perspective of a refugee reception country. *Global Health.* 2022;18(1):88. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00880-y>
21. Piotrowicz K, Semeniv S, Kupis R, Ryś M, Perera I, Gryglewska B, et al. Disease burden in older Ukrainian refugees of war: a synthetic reanalysis of public records data. *Lancet Healthy Longev.* 2022;3(10):e667-73. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00187-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00187-8)
22. Zimba O, Gasparyan AY. Refugee Health: A Global and Multidisciplinary Challenge. *J Korean Med Sci.* 2023;38(6):e60. <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e60>
23. Kinder K, Salah H, Azab H, Ravaghi H, Doctor H, Tosques R, et al. Take home messages from the implementation of the primary health care measurement and improvement (PHCMI) initiative in the WHO Eastern Mediterranean Region (EMR). *Prim Health Care Res Dev.* 2025;26:e30. <https://doi.org/10.1017/S1463423625000179>

## Відомості про авторів

**Січ Ю.С.** – аспірант кафедри сімейної медицини та амбулаторної допомоги медичного факультету №2 Ужгородського національного університету, м. Ужгород, Україна, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5502-8354>

**Чомоляк Ю.Ю.** – асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторної допомоги медичного факультету №2 Ужгородського національного університету, м. Ужгород, Україна, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3875-7530>

## Information about the authors

**Sich Yu.S.** – PhD student at the Department of Family Medicine and Outpatient Care, Faculty of Medicine No. 2, Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5502-8354>

**Chomolyak Y.Y.** – Assistant Professor at the Department of Family Medicine and Outpatient Care, Faculty of Medicine No. 2, Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3875-7530>



*Дата першого надходження рукопису до видання: 06.04.2026 р.*  
*Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 20.04.2026 р.*  
*Дата публікації: 26.05.2026 р.*