

УЧАСНИКИ ПРОЕКТУ



Міжнародний фонд
«Відродження»



Київський Міжнародний
Інститут Соціології



Школа охорони здоров'я
НаУКМА



Світовий банк

НАУКОВА РАДА ПРОЕКТУ

Професор **Вім Гроот**, Маастрихтський університет, Нідерланди

Доктор **Мілена Павлова**, Маастрихтський університет, Нідерланди

Доктор **Еріка Річардсон**, Європейська обсерваторія з систем і політики охорони здоров'я

Ірина Постолюк, Школа громадського здоров'я Гарвардського університету

Олег Петренко, Голова Національної служби здоров'я України

УДК 614.2(477)(083.94)(062.551)

ББК 51.1(4Укр)

I - 60

Цей звіт ґрунтується на результатах дослідження «Індекс здоров'я. Україна», організованого та проведеного Міжнародним фондом «Відродження», дані зібрано Київським міжнародним інститутом соціології у червні–липні 2018 року, а також у попередні роки — 2016 та 2017. Звіт підготовлений дослідниками та викладачами Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» та Київського Міжнародного Інституту Соціології. У ньому представлені результати загальнонаціонального репрезентативного соціологічного опитування про стан здоров'я людей, здорову поведінку та звернення по медичну допомогу в Україні. Звіт розрахований на широке коло читачів.

Укладачі:

Степурко Т.Г., Семигіна Т.В., Барська Ю.Г., Захожа В., Харченко Н.

Рецензенти:

Юрочко Т.П., Шевченко М.В.

Індекс здоров'я. Україна–2018: Результати загальнонаціонального дослідження /Укл. Степурко Т.Г. та ін. Київ, 2018.

ЗМІСТ

ВСТУПНЕ СЛОВО	5
ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ	6
РОЗДІЛ 1. ОЦІНЮВАННЯ ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ	11
1.1. Самооцінювання стану здоров'я та оцінювання стану навколишнього середовища	12
1.2. Поширеність деяких неінфекційних захворювань	16
1.3. Психічне здоров'я	16
1.4. Здоровий спосіб життя	20
1.5. Індекс маси тіла (ІМТ)	25
1.6. Щеплення	27
1.7. Знання про здорову поведінку та симптоми деяких захворювань	30
РОЗДІЛ 2. РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ДОСВІД У РАЗІ ХВОРОБИ	38
2.1. Медичний огляд — раннє виявлення хвороб	40
2.2. Поведінка в разі хвороби	43
2.3. Бар'єри в користуванні медичною допомогою	49
2.4. Догляд за людьми, які потребують довготривалого догляду	53
2.5. Високий тиск та контроль за ним	55
РОЗДІЛ 3. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА	64
3.1. Звернення по амбулаторну допомогу	65
4.2. Вибір надавача медичної допомоги	66
3.3. Витрати «з кишені» на амбулаторну допомогу	75
3.4. Проходження лабораторних та діагностичних обстежень	79
3.5. Фінансовий тягар	82

3.6. Оцінювання аспектів отриманої амбулаторної допомоги	83
РОЗДІЛ 4. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА	90
4.1. Звернення по стаціонарну допомогу	93
4.2. Вибір надавача стаціонарної допомоги	98
4.3. Витрати «з кишені» на стаціонарне лікування	101
4.4. Фінансовий тягар	105
4.5. Лабораторні та діагностичні дослідження під час госпіталізації	108
4.6. Оцінювання аспектів отриманої стаціонарної допомоги	109
РОЗДІЛ 5. ДОСТУПНІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	115
5.1. Досвід і ставлення до програми «Доступні ліки»	116
5.2. Споживання ліків без призначення лікаря	121
5.3. Споживання ліків під час амбулаторного лікування	124
5.4. Споживання ліків під час стаціонарного лікування	132
5.5. Сумарні витрати на лікарські засоби	135
РОЗДІЛ 6. ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА СПРИЙНЯТТЯ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	138
6.1. Задоволеність медичною допомогою	139
6.2. Сприйняття проблем і змін системи охорони здоров'я	156
6.3. Ставлення до електронної системи охорони здоров'я та вибору сімейного лікаря	167
ДОДАТКИ	
Додаток А. Інструмент дослідження	178

ВСТУПНЕ СЛОВО

Вікторія ТИМОШЕВСЬКА

Директор Програми «Громадське здоров'я»

Міжнародного фонду «Відродження»

У 2018 р. в Україні нарешті розпочалося повноцінне розгортання медичної реформи. У січні цього року набув чинності Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який запровадив фундаментальні зміни в механізмах функціонування системи охорони здоров'я. Відтепер пацієнт має право вільно обирати лікаря й лікувальний заклад, а держава фінансуватиме не ліжкомісця, а реально надану медичну послугу. За цих умов **досвід пацієнта, його/її задоволеність наданою медичною допомогою набуває вирішального значення** під час вибору ним/нею лікувального закладу чи лікаря, а також — для майбутнього кожного окремого медичного закладу в країні.

Так, 2018 р. реалізовано перший етап реформи — на первинній ланці надання медичної допомоги. Держава припинила утримувати медичні заклади, які надають первинну медичну допомогу, і через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) перейшла на замовлення і оплату медичних послуг, наданих конкретному пацієнту. Відбулися дві хвили приписної кампанії: пацієнти мали нагоду обрати свого сімейного лікаря та підписати з ним декларацію, а медичні заклади — підписати договір з НСЗУ. Наступний етап реформи вже найближчим часом аналогічно змінить засади функціонування вторинного і третинного рівня надання медичної допомоги: обсяг державних коштів, які отримає лікарня, прямо залежатиме від кількості пролікованих пацієнтів.

У цих нових умовах дослідження «Індекс здоров'я. Україна» є унікальним джерелом даних, адже вже три роки поспіль воно системно моніторить **ставлення, досвід і поведінку** користувачів медичної допомоги та тих, хто нею не користується. Ці дані не лише ілюструють те, яким чином імплементація медичної реформи в різних регіонах позначається на споживачах медичної допомоги, а й допомагають ухвалювати обґрунтовані рішення всім, хто долучається до формування політик у сфері охорони здоров'я на національному та місцевому рівнях.

Ми впевнені, що в наступні роки дослідження матиме продовження і надалі слугуватиме цінним джерелом інформації для державних службовців, управлінців медичної сфери, громадських активістів та всіх, хто зацікавлений у трансформації системи охорони здоров'я України в інтересах її споживача.

ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ

Початок серії опитувань із вивчення задоволеності медичною допомогою, ставлення до реформ системи охорони здоров'я, здорової поведінки й досвіду звернень і витрат на медичну допомогу в Україні було розпочато у 2016 р. завдяки фінансовій підтримці Міжнародного фонду «Відродження». У цьому ж році було проведено перше масштабне опитування представників домогосподарств — репрезентативне для країни в цілому та для кожної області зокрема.

У 2016–2018 рр. збір даних здійснював Київський міжнародний інститут соціології (КМІС). У 2018 р. опитування проведено в червні–липні, а в 2016–2017 рр. опитування відбувалося в травні–червні (загальна кількість респондентів — понад 10 000 осіб).

Мета дослідження полягала у вивченні ставлення людей до медичної допомоги, задоволеності нею та дотичними до здоров'я людей аспектами. Зокрема, передбачалося виявити:

- ставлення та сприйняття дорослим населенням України системи охорони здоров'я й медичної допомоги;
- бар'єри під час звернення по амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу, з якими стикалися представники домогосподарств (як «споживачі», так і «не-споживачі»);
- особливості здорового способу життя та профілактичних заходів, до яких вдаються в Україні.

Дослідження «Індекс здоров'я. Україна» має кілька характеристик, які вирізняють його з-поміж низки інших досліджень, присвячених вивченню означених питань.

По-перше, це особливість **вибірки, яка є репрезентативною для кожної області**. Вибірка дослідження побудована в такий спосіб, що дає змогу аналізувати досвід людей не лише на рівні України в цілому, а й на рівні кожної окремої адміністративно-територіальної одиниці (області, міста Києва).

По-друге, це **великий обсяг вибірки (понад 10 000 респондентів)**, що дає можливість вивчати не лише сприйняття населенням функціонування системи охорони здоров'я, а й досвід звернень по медичну допомогу різного рівня.

По-третє, дослідження є лонгitudним (повторюваним, уже відбулося три хвили збору даних) із використанням ідентичної методології та інструментарію, що допоможе відстежувати зміни ставлення й досвіду в часі. Іншими словами, маємо можливість спостерігати динаміку поведінки щодо здоров'я та інших досліджуваних процесів.

У процесі підготовки методології дослідження ми послуговувалися досвідом Європейського індексу споживачів охорони здоров'я¹, який дає змогу впродовж тривалого часу (з 2006 р.) порівнювати розвиток системи охорони здоров'я країн Європейського Союзу та визначати найоптимальніший шлях для подальшого розвитку, а також враховували канадський досвід проведення подібного дослідження².

Методологія дослідження

Третя хвиля дослідження, а саме польовий етап, відбувалася з 8 червня по 30 липня 2018 р.

Загальна характеристика вибірки дослідження

Вибірка, розроблена для дослідження, є репрезентативною для дорослого населення (віком 18 років і старших) України в цілому, а також для кожної області України та м. Києва. Дослідження проводилось за багатоступінчастою вибіркою, випадковою на кожному етапі відбору. На першому етапі формування вибірки в межах кожної області навмання були відібрані населені пункти пропорційно до кількості їх мешканців. Другий етап передбачав випадковий відбір виборчих діляниць на території обраних населених пунктів. На території кожної з відібраних діляниць навмання відбирались вулиці, будинки та квартири. Останнім етапом був відбір респондента в межах домогосподарства і безпосереднє проведення опитування. Отримані дані зіставлялись із оціночними даними Державної служби статистики щодо питомої ваги окремих статеві-вікових груп у структурі населення України (станом на 1 січня 2017 р.).

Загалом було опитано 10 219 респондентів. До остаточного масиву увійшли 10 194 інтерв'ю. Теоретична похибка вибірки для масиву в цілому становить 1,0%.

Польові роботи проводились у 476 населених пунктах України (на територіях, підконтрольних уряду України). Опитування здійснювалося з використанням планшетів.

Важливо наголосити, що одиницею вибірки є представник домогосподарства, а не пацієнт, адже опитування саме в домогосподарствах дає можливість виявити ключові бар'єри до медичної допомоги чи пошук альтернативних способів одужання.

До того ж для реформування галузі вкрай важливо зважати на думку широкого кола осіб, і не лише пацієнтів із суттєвим досвідом звернень (тобто тих, хто вже розуміється на тому, як подолати наявні бар'єри). За таких методологічних засад дослідження дає змогу вивчати ставлення та досвід тих, хто з різних причин не звертається по медичну допомогу.

¹ Euro Health Consumer Index [Електронний ресурс]. — Режим доступу до ресурсу: <http://www.healthpowerhouse.com/en/news/euro-health-consumer-index-2015/>.

² Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2012 [Електронний ресурс]. — Режим доступу до ресурсу: <http://www.healthycanadians.gc.ca/index-eng.php>.

Опитувальник дослідження було узгоджено міжнародною Науковою радою проекту. Окремі складові анкети зазнали модифікацій у 2017 та 2018 роках. Наприклад, у 2016 р. опитувальник містив запитання щодо споживання невідкладної допомоги та педіатричної, тоді як у 2017 та 2018 роках ці питання не були включені. У 2018 р. запитання щодо оцінювання навколишнього середовища були скорочені до одного, натомість у 2017 р. були додані запитання про високий тиск і контроль над ним, про програму «Доступні ліки», а в 2018 р. — питання про «Доступні ліки» розширено, як і додано питання про підписання декларацій та електронну охорону здоров'я.

Щорічно проводився претест опитувальника. У поточному році претест анкети через опитування 25 респондентів у м. Києві та кількох містах і селах Київської області було проведено в період 22–29 травня 2018 року.

У 2018 р. частка тих, хто взяв участь в опитуванні (response rate), в Україні становила 41% із суттєвими коливаннями на рівні областей: від 28–30% у м. Києві та Волинській області до 84% у Кіровоградській області.

Метод збору даних та інструмент дослідження

Опитування представників домогосподарств проводились за допомогою індивідуального особистого інтерв'ю, оскільки його перевагами є можливість:

- максимального забезпечення представлення усіх груп населення, чого неможливо досягти в Україні через телефонне або онлайн-опитування;
- відстеження спонтанної реакції респондента, його ставлення до проблеми й поставлених запитань;
- тривалішого спілкування, ніж у разі використання інших методів;
- як правило, розраховувати на більшу відвертість респондентів під час спілкування віч-на-віч із дослідником.

Залежно від особистого досвіду респондентам ставили до 200 запитань, які стосувалися оцінювання проблем у системі охорони здоров'я, важливості різних аспектів медичної допомоги для людей особисто; задоволеності роботою різних рівнів медичної допомоги; поведінки людини в разі поганого самопочуття й досвіду звернення по амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу; оцінювання власного здоров'я та деяких характеристик способу життя. В опитувальнику здебільшого використано закриті запитання за винятком кількох відкритих запитань щодо діагнозу респондента, які пізніше були закодовані.

У польових дослідженнях проекту взяли участь 238 інтерв'юєрів. Дистанційний інструктаж (брифінг) бригадирів проводився 6 червня 2018 р.; бригадири проводили інструктаж на місцях. Під час дослідження телефоном координатор опитувальної мережі

відповідала на запитання бригадирів та інтерв'юерів, що виникали протягом навчання на місцях і після ознайомлення зі зразками польових документів.

Інтерв'ю проводилися за місцем проживання респондентів українською або російською мовою, за вибором респондента. Респонденти, які мали досвід госпіталізації впродовж 12 місяців, що передували інтерв'ю (найтриваліші інтерв'ю), отримували символічний подарунок за участь у дослідженні (упаковку вітамінів).

Демографічні характеристики опитаних

Розподіл респондентів дослідження за ключовими демографічними характеристиками відповідає складу населення, зафіксованому даними офіційної статистики³. Серед загальної кількості опитаних 54,9% становили жінки, 45,1% — чоловіки (*табл. 1*) Четверть опитаних (26,7%) — особи віком 60+.

Третина (30,5%) респондентів мешкали в селах, решта (69,5%) — у містах і селищах міського типу. Ці цифри є ідентичними соціально-демографічним характеристикам вибірки першої та другої хвилі опитування, які мали місце у 2016 та 2017 роках відповідно.

Працюючі становили 51,8% серед усіх опитаних, із них 4,4% самозайнятих, працюючі пенсіонери — 1,4%. До категорії непрацюючого населення (разом це майже інша половина) входили пенсіонери (27,5%), безробітні (5,6%), домогосподарки та інші непрацюючі, які не шукають роботу (9,3%), студенти (3,4%) та непрацездатні особи (2,1%).

Середній розмір домогосподарств, які представляли респонденти, становив три особи.

За результатами опитування, в 34,8% домогосподарств респондентів проживали діти віком до 18 років. Середня кількість дітей — 1,55. У західних областях (Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська та Тернопільська) зафіксовано дещо більшу кількість дітей у сім'ї — 42–49% (середнє значення: 1,57–1,87) (*рис. 1*)

³ Державна служба статистики України: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

Таблиця 1. Розподіл респондентів за ключовими демографічними характеристиками

Питання анкети D1, 2, 3, 6, 14 N = 10 194		Опитані в «Індексі здоров'я»		Національні показники (статистичні)
		N	%	%
Стать опитаних	Жінки	5593	54,9	54,9
	Чоловіки	4601	45,1	45,1
Вікові групи	18–29 років	1994	19,6	19,6
	30–44 роки	2860	28,1	28,1
	45–59 років	2620	25,7	25,7
	60 та старші	2719	26,7	26,7
Тип населеного пункту	міська місцевість ⁴	7088	69,5	69,5
	сільська місцевість	3106	30,5	30,5
Середній розмір домогосподарства		10 194	2,9	2,58 ⁵
Освіта	початкова / неповна середня	340	3,3	—
	повна середня загальна	1969	19,3	—
	професійно-технічна	2031	19,9	—
	середня спеціальна / неповна вища	3033	29,8	—
	базова вища	534	5,2	—
	повна вища	2257	22,1	—
	науковий ступінь	29	0,3	—

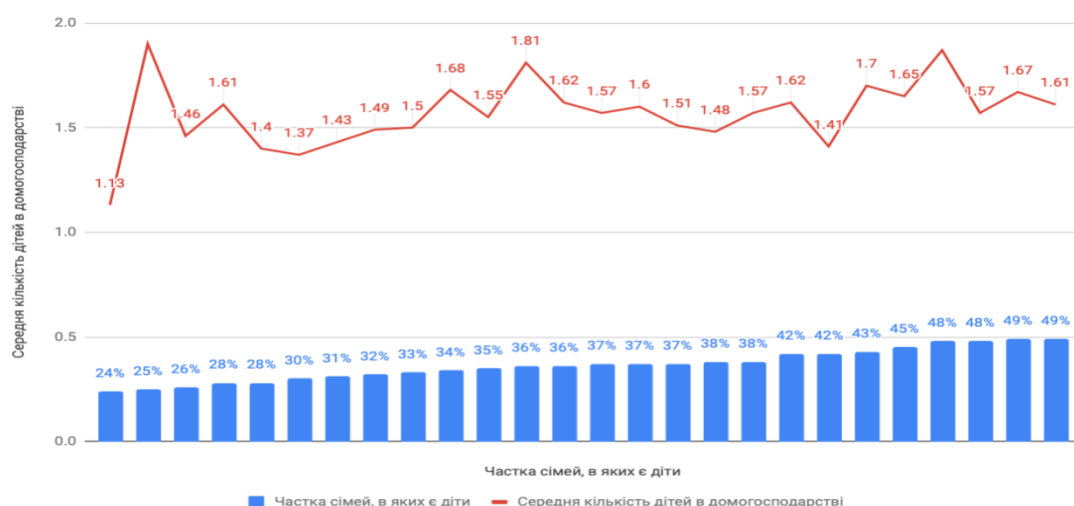


Рис. 1. Наявність і середня кількість дітей до 18 років у домогосподарстві: розподіл за областями

⁴ До міських населених пунктів належать міста та селища міського типу.

⁵ Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2016 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств) // Статистичний збірник. Державна служба статистики України. — К., 2016. — С. 9.

РОЗДІЛ 1. ОЦІНЮВАННЯ ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ

Основні результати:

- Чотири з п'яти українців вважають стан свого здоров'я добрим (43,1%) або посереднім (40,8%).
- Двоє з п'яти українців (36,4%) повідомили, що мають хронічні або довготривалі захворювання.
- Половина опитаних (50,2%) вважали, що посередньо піклуються про своє здоров'я.
- У середньому українці оцінили навколишнє середовище, у якому живуть (наявність та стан спортивних і дитячих майданчиків, зелених зон, екологія та безпека), на 3,3 бала за шкалою від 1 до 5, тобто посередньо. Найвище оцінювали своє оточення волиняни (4,0), а найнижче — мешканці Запорізької та Кіровоградської областей (2,9).
- Кожний п'ятий українець (20,6%) повідомляв про наявність гіпертонічної хвороби, і 3,2% повідомили про наявність цукрового діабету в цілому по Україні. **Частка осіб, які повідомляють про наявність хронічних або довготривалих захворювань, а також гіпертонічної хвороби або цукрового діабету, зменшується з кожним роком.**
- Від 19,6% до 22,6% опитаних відчували симптоми депресії протягом останнього місяця. Найбільшою ця частка була в Івано-Франківській та Чернівецькій областях; найменшою — у Волинській та Житомирській. Тільки 6,4% респондентів серед тих, хто мав хоча б один симптом депресії, зверталися до медичного працівника.
- За самоповідомленням, у середньому українці вживали достатню кількість свіжих овочів та фруктів і мали достатній рівень фізичних навантажень протягом тижня перед проведенням опитування.
- За даними опитування, 17,7% українців вказали, що мали ожиріння. Середній Індекс маси тіла (ІМТ) за регіонами тримався на нижній межі надмірної ваги (25–27) за класифікацією ВООЗ.
- Троє з чотирьох респондентів (74,5%), які мали в домогосподарстві дітей до 18 років і володіли інформацією про стан їхнього здоров'я, «позитивно» або «дуже позитивно» ставилися до вакцинації. Кожний п'ятий (21,9%) мав досвід відмови від щеплення для своїх дітей. Найкраща ситуація зі ставленням і «невідмовою» від щеплень була в Кіровоградській області (жоден з опитаних батьків не відмовлявся, і в середньому ставилися на 4,5 з 5), а найгірша — у Хмельницькій (75,7% опитаних батьків мали досвід відмови від щеплень) та Івано-Франківській (45,1% відмовлялися від щеплень і найгірше по Україні до них ставилися) областях.
- Знання симптомів туберкульозу збільшується з кожним наступним опитуванням. У середньому українці називають два з п'яти симптомів інсульту. Найвищі знання симптомів туберкульозу та інсульту в Луганській області, найнижчі — у Черкаській (туберкульозу) та Івано-Франківській (інсульту).

З-поміж детермінант, що визначають стан здоров'я населення, виділяють соціально-економічне становище, стиль життя, систему надання медичних послуг, генетичні фактори⁶. Проте стан здоров'я людини залежить не тільки від біологічних факторів, навколишнього та соціального середовища, а й від того, чи становить власне здоров'я людини для неї цінність. Саме це визначає, якою мірою людина готова піклуватися про нього, дотримуватися

здорового способу життя, бути обізнаною щодо чинників, які визначають стан здоров'я, а також ризиків певної поведінки.

Куріння, вживання алкоголю, надмірна вага, неправильне харчування й недостатня фізична активність вважаються основними поведінковими детермінантами багатьох хронічних та неінфекційних хвороб у сучасному світі⁷. Це ті фактори, на які кожен може вплинути самостійно та завдяки усуненню яких можна запобігти значній частці інвалідності та передчасних смертей. Водночас щеплення від основних інфекцій — доведений ефективний спосіб контролю та викорінення інфекцій, що загрожують життю.

Самооцінка здоров'я й розуміння поведінкових тенденцій також важливі для тих, хто ухвалює рішення щодо організації охорони здоров'я, адже така інформація дає змогу відстежувати новітні соціальні тренди, визначати нові цілі для інтервенцій, ідентифікувати цільові аудиторії для втручання, забезпечувати підтримку зацікавлених осіб, оцінити результативність програм, покликаних протидіяти негативним поведінковим практикам, тощо⁸.

З огляду на такі уявлення щодо важливості самооцінки здоров'я та поведінкових практик особливу увагу в дослідженні було звернено як на загальне суб'єктивне вимірювання стану здоров'я, так і на знання симптомів різних захворювань, а також на особливості поведінки щодо здоров'я, зокрема щеплення.

1.1. Самооцінювання стану здоров'я та оцінювання стану навколишнього середовища

Самооцінювання стану здоров'я

Майже половина опитаних оцінили своє здоров'я як «добре» (43,1%) або «дуже добре» (5,3%) (*табл. 1.1*). Ще 40,8% опитаних вважають своє здоров'я посереднім, і лише 9,2% та 1,6% дорослих українців визначили свій стан здоров'я як «погане» чи «дуже погане» відповідно.

За областями найкраще стан свого здоров'я оцінили мешканці м. Києва (74,6% як «добре» або «дуже добре») і найгірше — мешканці Херсонської області (33,8% опитаних оцінили стан свого здоров'я як «добре», і ніхто — як «дуже добре») (*табл. 1.1*).

7 Ezzati M. et al. Comparative Quantification of Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Risk Factors // *Global Burden of Disease and Risk Factors* / Lopez A.D. et al., eds. New York: Oxford University Press, 2006. P. 241–268.

8 Семигіна Т. Аналіз політики охорони здоров'я. Київ: ВПЦ НАУКМА, 2012. С. 415.

Таблиця 1.1. Самооцінювання стану здоров'я: розподіл по областях, %

Регіон	N	Дуже погане	Погане	Посереднє	Добре	Дуже добре
Україна	10123	1,6	9,2	40,8	43,1	5,3
Вінницька	409	1,8	9,0	42,5	40,5	6,2
Волинська	384	1,5	7,6	52,2	28,0	10,7
Дніпропетровська	399	2,3	9,4	43,0	40,7	4,6
Донецька	408	0,2	6,7	54,3	36,4	2,4
Житомирська	409	3,8	13,0	39,9	39,4	3,8
Закарпатська	406	0,5	5,1	39,2	50,7	4,5
Запорізька	408	2,0	15,2	53,7	26,8	2,3
Івано-Франківська	408	1,3	8,2	44,1	40,3	6,1
Київська	406	2,5	10,3	40,8	41,8	4,6
Кіровоградська	405	3,6	15,8	32,2	41,7	6,7
Луганська	400	1,4	11,2	35,4	42,0	10,1
Львівська	408	0,9	5,5	37,9	43,5	12,3
Миколаївська	402	2,8	10,0	33,0	52,0	2,1
Одеська	406	2,3	8,9	33,7	51,4	3,7
Полтавська	406	0,4	7,8	28,8	56,3	6,8
Рівненська	406	0,7	8,0	34,8	51,1	5,5
Сумська	405	1,1	8,1	62,6	26,5	1,7
Тернопільська	407	1,6	11,6	35,8	39,6	11,4
Харківська	408	0,3	10,9	33,5	52,3	3,0
Херсонська	408	4,4	18,0	43,8	33,8	0,0
Хмельницька	399	3,9	9,0	58,3	22,5	6,3
Черкаська	406	0,8	7,2	44,4	42,9	4,6
Чернівецька	406	1,5	5,9	43,1	43,2	6,3
Чернігівська	403	1,8	11,0	45,2	37,9	4,2
м. Київ	411	0,9	5,8	18,7	68,3	6,3

Стан здоров'я дорослими українцями з роками оцінюється дещо краще. Так, у 2016 р. українці в середньому оцінювали стан свого здоров'я на 3,34 бала з п'яти; у 2017 р. — на 3,37 бала, а у 2018 р. ця оцінка становила 3,41 бала.

Щодо соціально-демографічних відмінностей, то дещо більше чоловіків оцінюють своє здоров'я як «добре» (49,3%) та «дуже добре» (6,7%) на противагу жінкам: 38% — «добре» та 4,1% — «дуже добре». Натомість дещо більше жінок визначають своє здоров'я як посереднє (44,5%) та «погане» (44,5%); серед чоловіків відповідні значення — 36,3% та 6,6%.

Дещо більше мешканців міст оцінюють своє здоров'я як «добре» — 45,6% проти 37,4% опитаних, які мешкають у сільській місцевості.

Очікувано, що більше респондентів старшого віку (60 років та старші) оцінюють своє здоров'я як «погане» (21,8%), тоді як серед 30–44-річних та 18–29-річних цей показник становить 2,2% та 1,3% відповідно. При цьому найкраще своє здоров'я оцінюють наймолодші респонденти: 67,3% як «добре» та 13,5% як «дуже добре» серед 18–29-річних на противагу 37% і 2,8% відповідно серед 45–59-річних та 16% і 1% серед 60+.

Щодо самооцінювання власного здоров'я залежно від рівня освіти, то у 2018 р. найбільший відсоток тих, хто оцінює своє здоров'я як «погане» (22,5%) та «посереднє» (50,6%), серед респондентів з початковою або неповною загальною середньою освітою, тоді як серед осіб з повною вищою освітою цей показник становить 5,1% та 30,7% відповідно.

Оцінку «добре» найчастіше давали представники найбільш заможної групи з доходами понад 2500 грн на місяць на людину (55%) проти 37,5% в групі 2001–2500 грн та 32,5% серед групи доходів 1501–2000 грн і 27,9% в 1001–1500 грн.

Піклування про своє здоров'я

У 2018 р. українці в середньому оцінили піклування про своє здоров'я на 3,3 бала з п'яти. При цьому половина опитаних (50,2%) відповіли, що посередньо піклуються про своє здоров'я. Ще двоє з п'яти опитаних (37,2%) сказали, що піклуються про своє здоров'я скоріше добре, і лише 4,3% — дуже добре. Менше десяти відсотків опитаних вважали, що піклуються про своє здоров'я погано (5,4%) або зовсім не піклуються (3,0%).

За областями розкид в оцінюванні піклування про своє здоров'я був незначний і коливався від 3,6 бала в Полтавській та Луганській областях до 2,8 бала — у Кіровоградській та Хмельницькій.

Рівень піклування про своє здоров'я не змінився порівняно з 2017 р. (*рис. 1.1*).

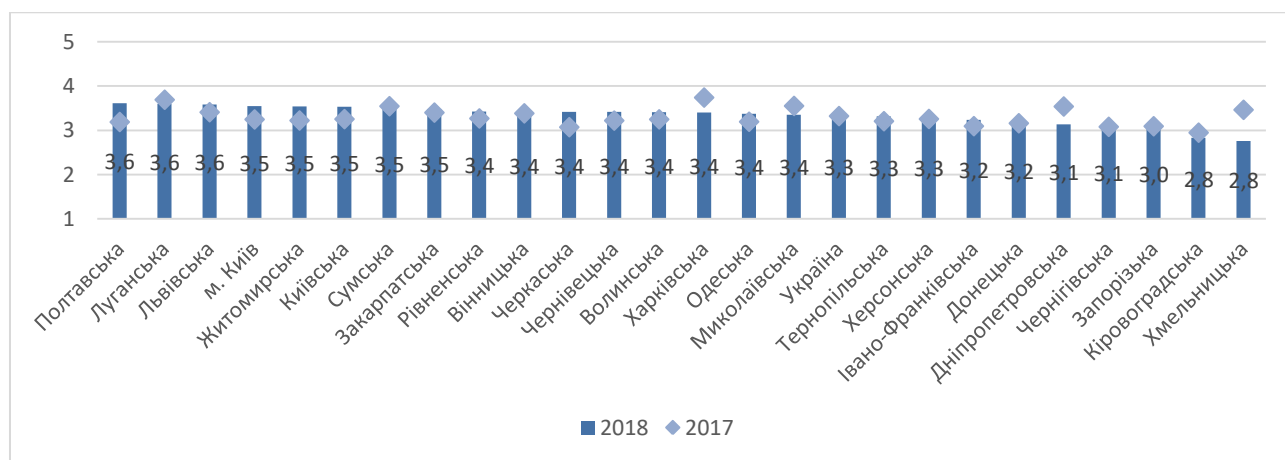


Рис. 1.1. «Наскільки Ви піклуєтеся про своє здоров'я?» (відповідь за шкалою від 1 до 5): розподіл за регіонами

Наявність хронічних або довготривалих захворювань

Третина українців (36,4%) повідомили, що мають хронічні або довготривалі захворювання (*рис. 1.2*). Найбільшою — майже половина опитаних — ця частка була в Чернігівській (48,2%) та Черкаській (48,1%) областях; найменшою — у Волинській області (13,8%).

Порівняно з опитуваннями попередніх двох років частка осіб, які повідомляють про наявність хронічних або довготривалих хвороб, постійно зменшується — приблизно на три

відсотки щороку. Вона становила 42,3% у 2016 р., 39,3% у 2017 р. і 36,4% у 2018 р.

Аналогічно до соціо-демографічного розподілу під час самооцінювання здоров'я дещо більше жінок вказують на наявність у них хронічних чи довготривалих захворювань — 43,5% серед жінок та 27,8% серед чоловіків. Старші люди (60+) — 67,3% — теж зазначають наявність хронічних чи довготривалих захворювань на противагу 42,1% серед 45–59-річних, 20,5% 30–44-річних та 10,6% 18–29-річних. Утім значення для сільської та міської місцевостей є ідентичними.

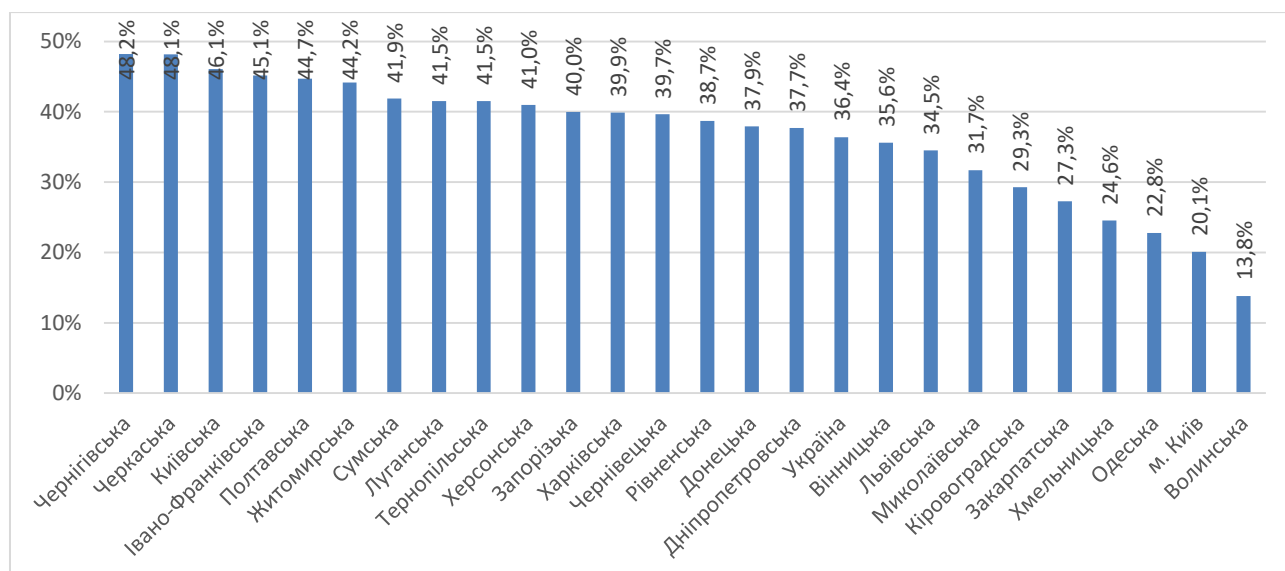


Рис. 1.2. Наявність хронічних або довготривалих захворювань: розподіл за областями (N = 9816)

Оцінювання навколишнього середовища

Більшість дорослих українців оцінювали стан навколишнього середовища (ту місцевість, де вони проживають, — наявність та стан спортивних і дитячих майданчиків, зелених зон, екологія та безпека) як «добрий» (39,9%) або «ні добрий, ні поганий» (39,3%) (*рис. 1.3* і *табл. 1.2*), а 13,0% — як «поганий». Невеликі частки респондентів визначали навколишнє середовище як «дуже добре» (5,5%) або «дуже погане» (2,4%). Найкраще його оцінювали волиняни (4,0), а найгірше — жителі Запорізької та Кіровоградської областей (2,9).

Загальна оцінка навколишнього простору не змінилася порівняно з попередніми роками, де становила в середньому 3,3 бала з п'яти у 2016 р. та 3,4 бала з п'яти у 2017 р..

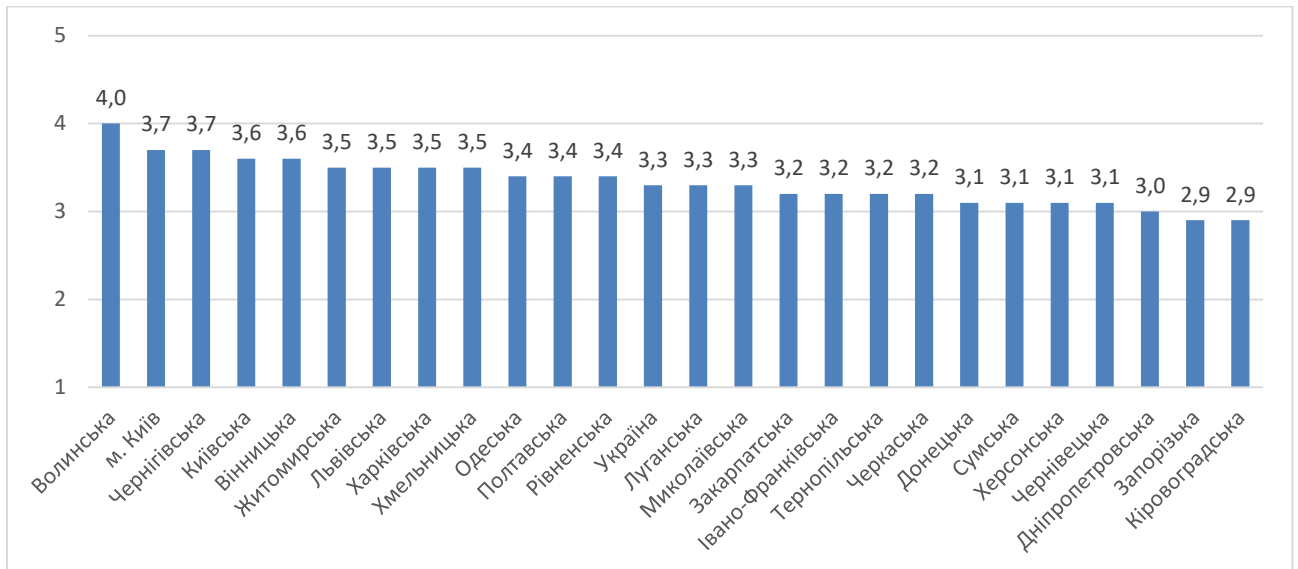


Рис. 1.3. Оцінювання стану навколишнього середовища: розподіл за областями (середня оцінка за шкалою від 1 до 5) ($N = 9962$)

1.2. Поширеність деяких неінфекційних захворювань

20,6% респондентів повідомили про те, що мають гіпертонічну хворобу, і 3,2% опитаних сказали, що мають цукровий діабет (*рис. 1.4* і *рис. 1.5*). Ці частки коливалися від 9,1% у Волинській до 30,7% у Черкаській областях для гіпертонічної хвороби та від 1,5% у Волинській до 5,1% у Кіровоградській областях для цукрового діабету.

Частки осіб, які повідомляли про наявність гіпертонічної хвороби або цукрового діабету, зменшуються з кожним роком — так само, як і частки тих, хто повідомляє про наявність будь-яких хронічних захворювань (див. Розділ 1.1). Так, частка респондентів з цукровим діабетом становила 4,0% у 2016 р., 3,9% — у 2017 р. та 3,2% — у 2018 р. Частка осіб з гіпертонічною хворобою зменшилася з 24,0% у 2016 р. до 21,9% у 2017 р. та 20,6% у 2018 р.

1.3. Психічне здоров'я

В опитуванні були вперше поставлені два запитання, які можна розглядати як прояв симптомів депресії: «Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності впродовж останнього місяця?» та «Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або приносили Вам задоволення, упродовж останнього місяця?» У тих респондентів, які відповідали позитивно хоча б на одне з двох запитань, цікавилися, чи зверталися вони з цими скаргами до медичного працівника.

Таблиця 1.2. Оцінювання стану навколишнього середовища: розподіл за областями, %

Регіон	N	Дуже добре	Добре	Ні добре, ні погано	Погано	Дуже погано
Україна	9962	5,5	39,9	39,3	13,0	2,4
Вінницька	408	12,4	47,1	30,0	8,6	1,9
Волинська	389	14,3	71,8	11,1	2,4	0,4
Дніпропетровська	384	3,9	29,3	38,9	22,2	5,8
Донецька	405	2,6	19,7	67,5	8,8	1,4
Житомирська	390	4,2	52,5	31,7	9,6	2,0
Закарпатська	400	2,4	38,9	33,8	23,2	1,6
Запорізька	385	0,4	28,7	36,6	26,4	7,9
Івано-Франківська	389	7,0	39,9	30,0	15,1	8,0
Київська	402	11,1	45,2	35,1	7,6	1,0
Кіровоградська	399	0,0	35,7	25,9	29,2	9,2
Луганська	394	6,1	35,3	38,9	18,5	1,2
Львівська	408	11,1	39,0	38,9	9,6	1,3
Миколаївська	400	0,8	40,5	49,0	9,2	0,5
Одеська	394	5,4	48,6	31,3	14,8	0,0
Полтавська	399	5,7	50,8	24,5	17,1	1,9
Рівненська	401	2,3	47,6	35,7	12,9	1,4
Сумська	407	0,5	23,7	61,6	12,7	1,5
Тернопільська	397	6,0	33,4	38,6	14,3	7,7
Харківська	408	7,9	47,5	35,2	9,5	0,0
Херсонська	402	0,0	39,2	33,7	26,0	1,0
Хмельницька	400	9,6	28,9	59,3	1,7	0,4
Черкаська	393	2,9	35,2	43,2	16,6	2,1
Чернівецька	401	6,5	30,6	35,5	19,4	8,0
Чернігівська	400	8,6	63,5	22,1	4,8	1,0
м. Київ	407	4,8	59,7	34,7	0,8	0,0

У цілому по Україні 22,6% дорослих відчували часто знижений настрій протягом останнього місяця, 19,6% опитаних помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, і тільки 6,4% серед тих, хто мав хоч б один із двох симптомів, зверталися з цими скаргами до медичного працівника (*рис. 1.6*).

За областями найчастіше симптоми депресії відчували мешканці Івано-Франківської та Чернівецької областей (майже половина опитаних) і найрідше — мешканці Житомирської та Волинської (тільки кожний дванадцятий). За частотою звернень до медичних працівників серед тих, хто мав такі симптоми, на першому місці стоїть м. Київ (19,1%), а на останньому — Івано-Франківська та Кіровоградська області (ніхто не звертався у систему охорони здоров'я).



Рис. 1.4. Наявність гіпертонічної хвороби (за самоповідомленням): розподіл за областями ($N = 10\,012$)

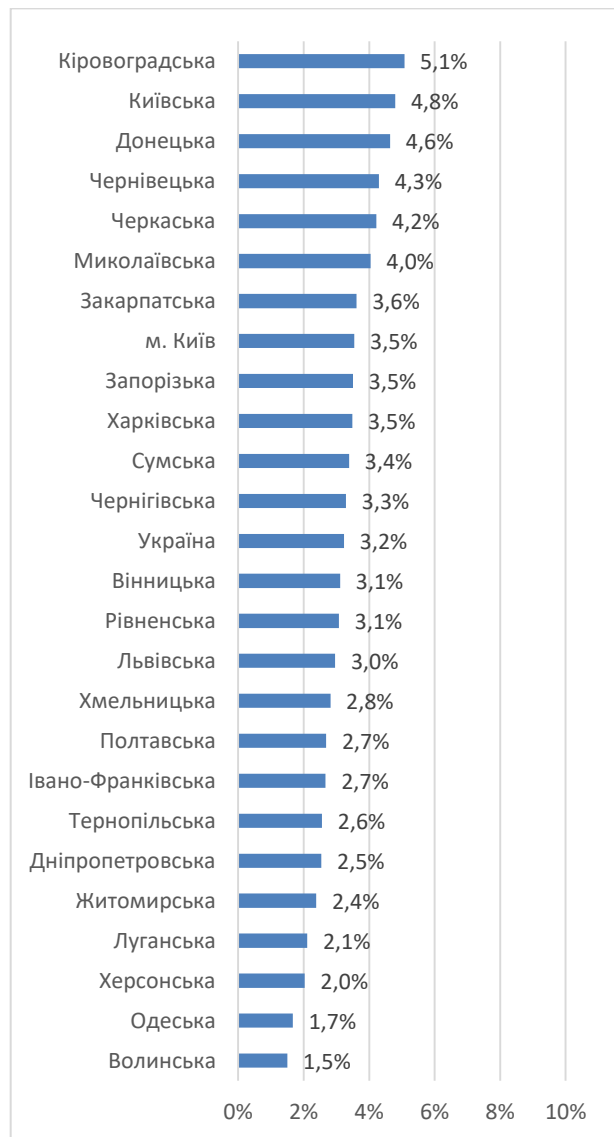


Рис. 1.5. Наявність цукрового діабету (за самоповідомленням): розподіл за областями ($N = 10\,065$)

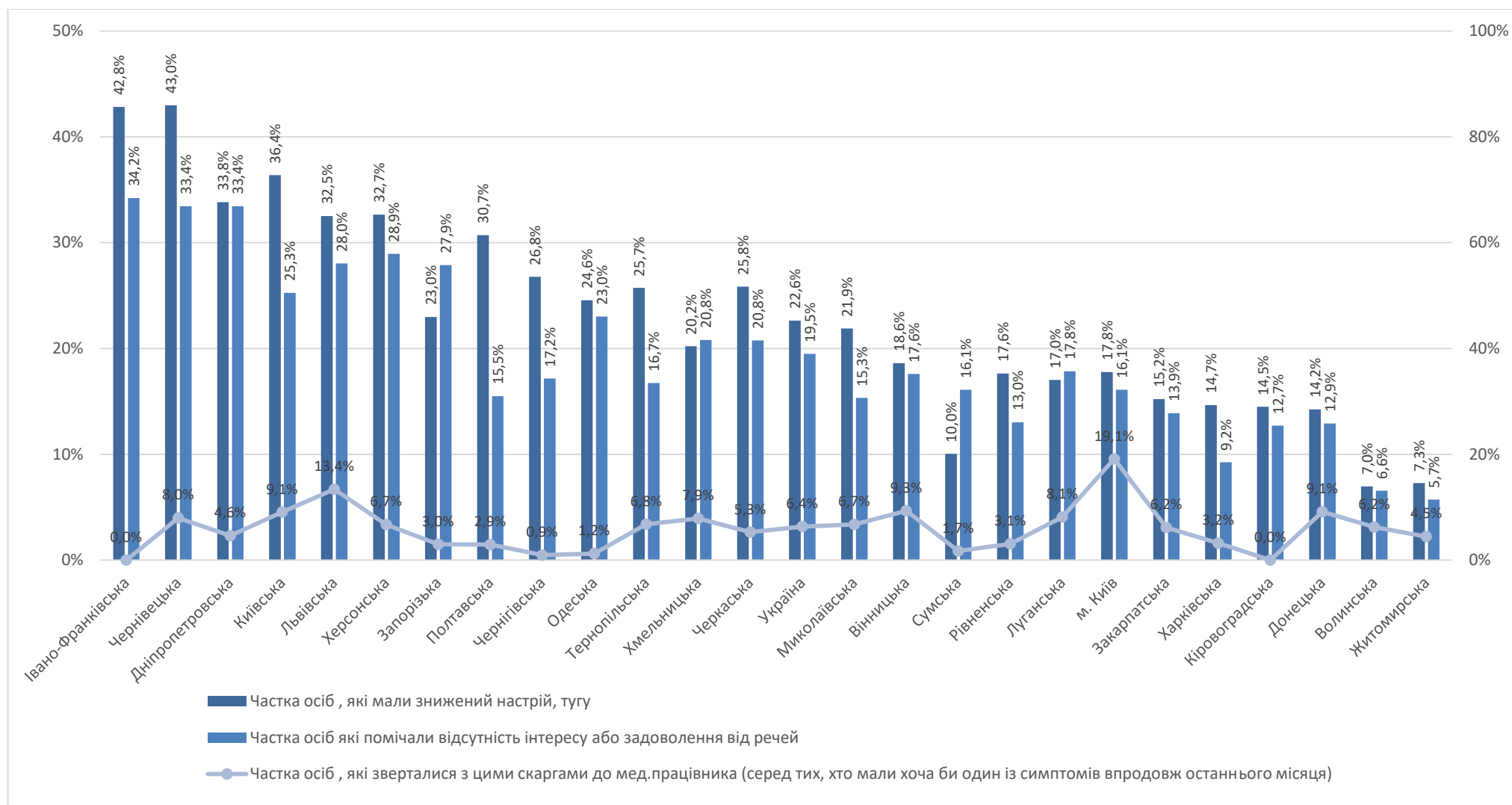


Рис. 1.6. Частка осіб, які мали знижений настрій, тугу або помічали відсутність інтересу чи задоволення від речей протягом останнього місяця, та частка осіб, які зверталися до медичного працівника з цими скаргами ($N = 9920$)

1.4. Здоровий спосіб життя

Традиційно вже третій рік поспіль ми запитуємо про здоровий спосіб життя у наших респондентів: про куріння, вживання алкоголю, фізичного навантаження та вживання фруктів.

Куріння

28,0% опитаних курили щодня або не щодня. Середня кількість викурюваних сигарет у типовий день становила 13 шт. Найбільша частка **регулярних курців** була у Дніпропетровській області (34,4%), а найбільша частка **нерегулярних курців** — у м. Києві (11,4%). Мешканці Чернівецької області викурювали за типовий день майже пачку сигарет (18 шт.). Найменша загальна частка осіб курила в Житомирській області (13,0%), а найменшу середню кількість сигарет на день викурювали у Дніпропетровській області (9 шт.) (*рис. 1.7*).

Частка курців коливалася, проте значно не змінювалася між опитуваннями.

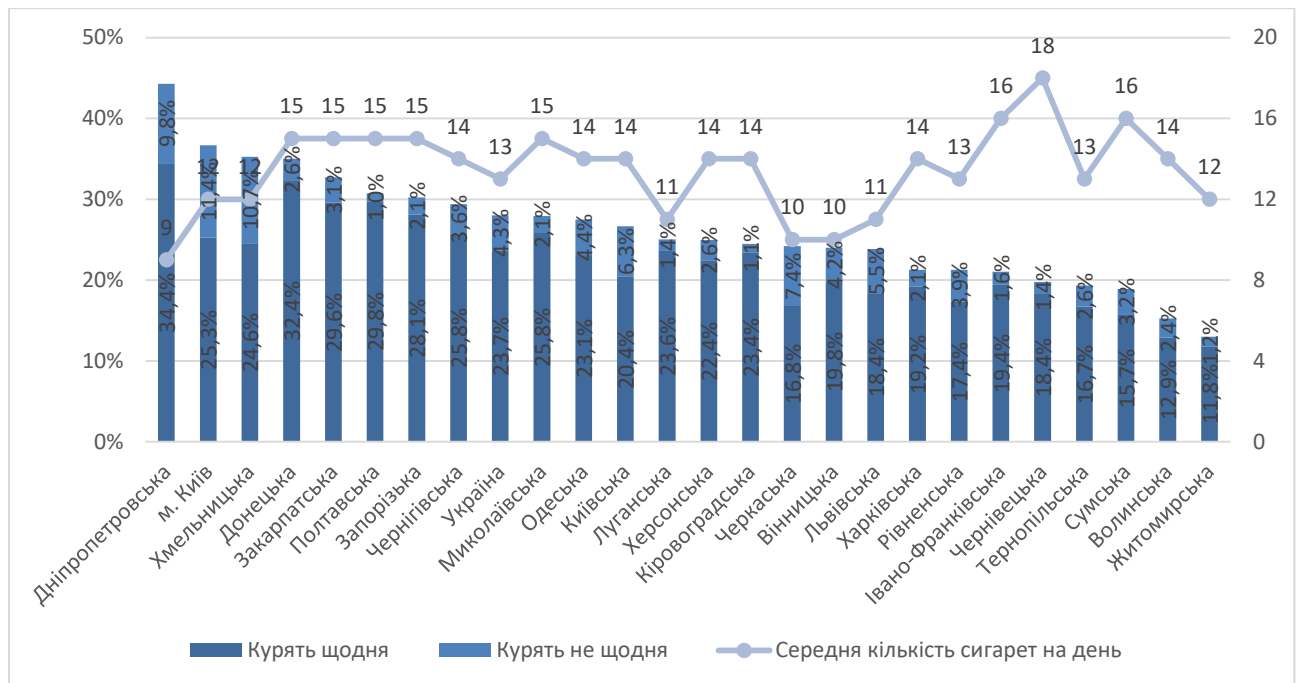


Рис. 1.7. Частки респондентів, які курять щодня або не щодня, і середня кількість викурюваних сигарет на день: розподіл за областями ($N = 10\,148$)

Вживання алкоголю

30,2% дорослих українців вживали алкоголь хоча б раз на місяць протягом минулого року. При цьому **середня кількість днів вживання алкоголю серед тих, хто його вживає, становила 5,1 дня**. Найчастіше вживали алкоголь у Дніпропетровській області (45,0% усіх опитаних; 5,7 дня на місяць), і найрідше — у Миколаївській (15,1% опитаних; 5,1 дня на місяць) (*рис. 1.8*).

Серед тих, хто вживав алкоголь хоча б раз на місяць, у «типовий день» половина опитаних вживали пиво (50,6%), чверть — вино (25,8%) і ще половина — горілку та/або міцні напої (47,4%). Середній обсяг вжитого пива за «типовий день» становив 852 мл, вина

— 246 мл і горілки та інших міцних напоїв — 211 мл. Розподіл за областями наведений на **рис. 1.9–1.11** та в **табл. 1.3**.

Порівняно з 2017 роком на 2,1% зменшилася кількість тих, хто не вживає алкоголь рідше, ніж раз на місяць або ніколи.

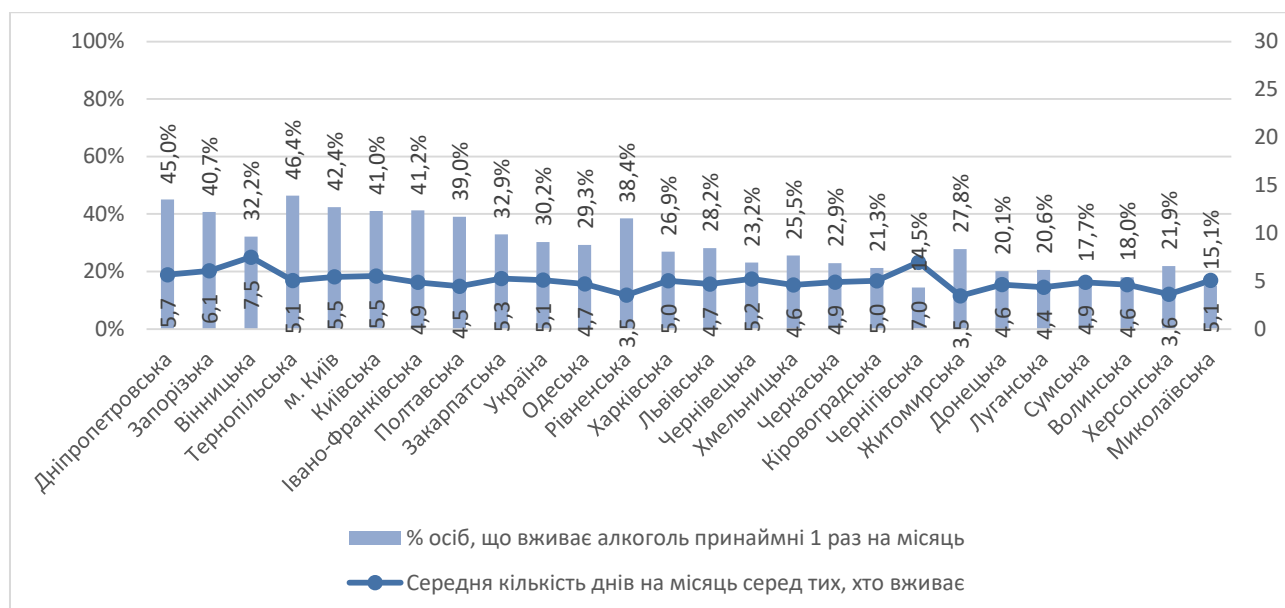


Рис. 1.8. Частота вживання алкоголю протягом останнього року ($N = 9911$)

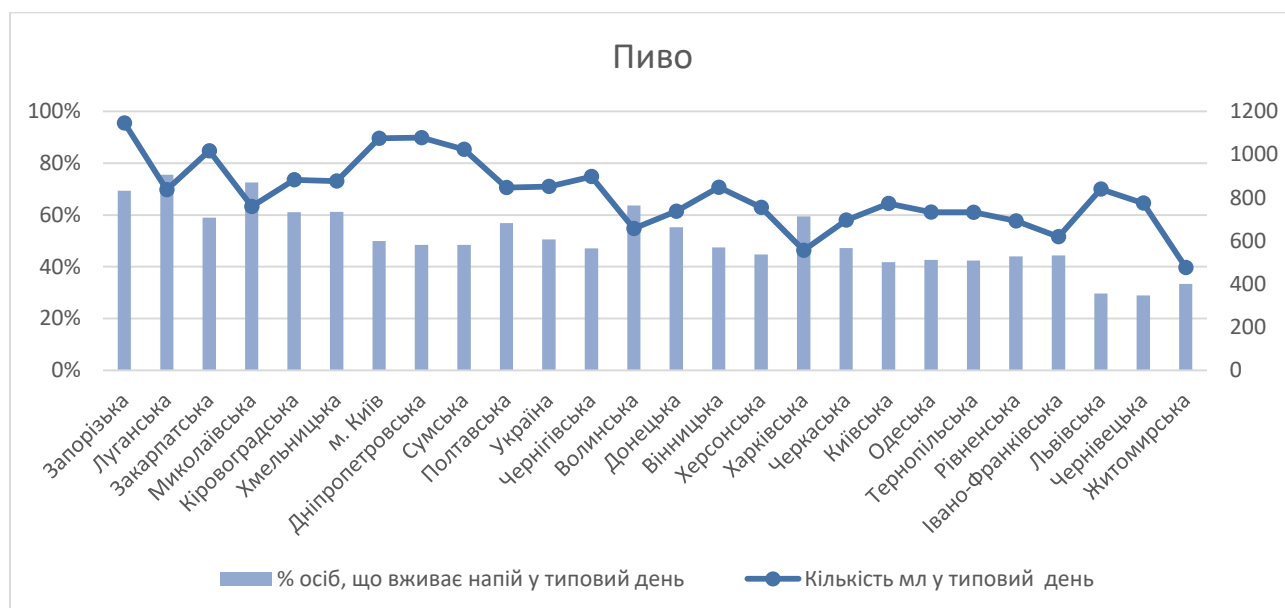


Рис. 1.9. Обсяг вживання пива у типовий день (серед тих, хто вживає алкоголь хоча б раз на місяць) ($N = 2405$)

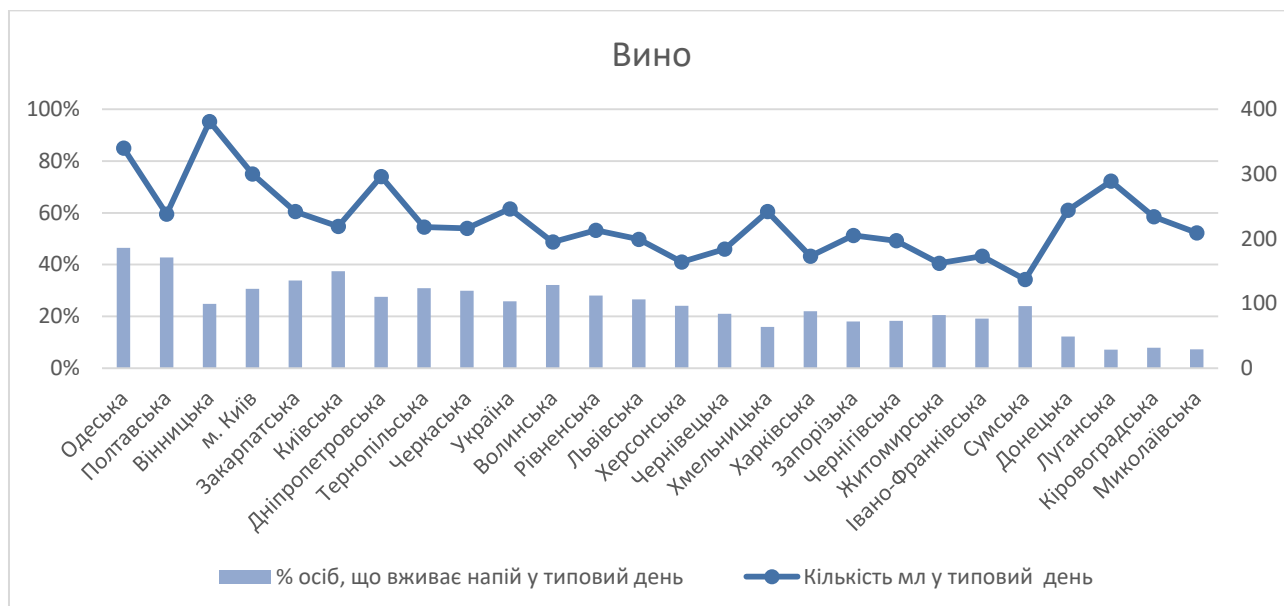


Рис. 1.10. Обсяг вживання вина в типовий день (серед тих, хто вживає алкоголь хоча б раз на місяць) ($N = 2405$)

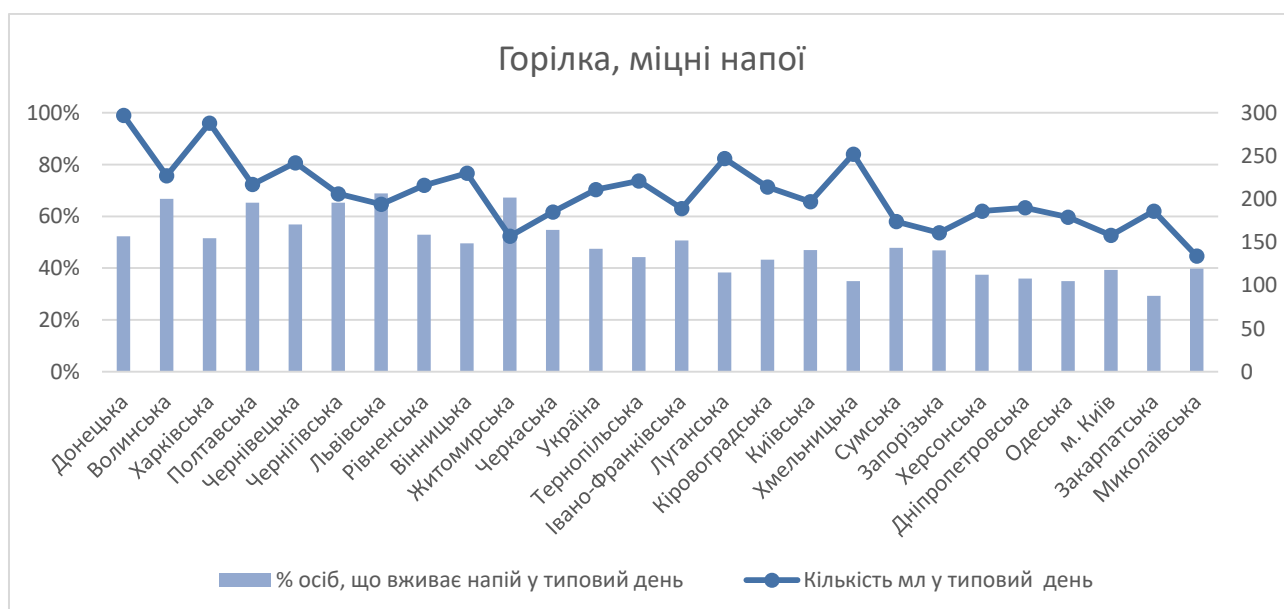


Рис. 1.11. Обсяг вживання горілки та інших міцних напоїв у типовий день (серед тих, хто вживає алкоголь хоча б раз на місяць) ($N = 2405$)

Таблиця 1.3. Вживання алкоголю: розподіл за регіонами

Регіон	Частота вживання алкоголю протягом останніх 12 міс., %						Тип і кількість алкогольного напою за типовий раз						
	N	майже щодня	3–4 дні на тиждень	1–2 дні на тиждень	1–3 дні на місяць	рідше, ніж раз на місяць або ніколи	N	пиво		вино		горілка, міцні напої	
								%	мл	%	мл	%	мл
Україна	9911	1,1	2,0	8,9	18,2	69,8	2405	50,6	852	25,8	246	47,4	211
Вінницька	407	2,5	4,5	11,9	13,3	67,8	108	47,5	848	24,8	381	49,5	230
Волинська	297	0,0	2,0	4,8	11,3	82,0	60	63,7	657	32,1	195	66,8	227
Дніпропетровська	397	2,6	3,4	11,7	27,3	55,0	139	48,5	1078	27,5	296	35,9	190
Донецька	407	1,5	0,3	2,4	15,9	79,9	70	55,2	737	12,2	244	52,3	297
Житомирська	407	0,3	1,2	3,7	22,5	72,2	96	33,4	476	20,5	162	67,3	157
Закарпатська	394	1,0	3,3	8,8	19,8	67,1	113	59,0	1017	33,9	242	29,3	186
Запорізька	408	1,5	3,9	16,8	18,5	59,3	143	69,4	1146	18,0	205	46,9	161
Івано-Франківська	406	0,4	2,6	16,3	21,9	58,8	131	44,4	619	19,1	173	50,7	189
Київська	402	1,2	4,8	11,4	23,7	59,0	141	41,8	773	37,4	219	47,0	197
Кіровоградська	380	1,1	0,5	6,3	13,3	78,7	50	61,1	883	7,9	234	43,3	214
Луганська	396	0,5	1,2	4,6	14,3	79,4	57	75,5	837	7,1	289	38,3	247
Львівська	405	0,8	1,8	6,8	18,7	71,8	100	29,7	840	26,6	199	68,9	194
Миколаївська	391	0,0	1,8	5,1	8,2	84,9	48	72,5	759	7,3	209	39,8	134
Одеська	402	1,1	1,1	8,3	18,8	70,7	97	42,6	733	46,5	340	35,0	179
Полтавська	391	1,0	2,5	8,2	27,3	61,0	131	56,8	847	42,7	238	65,3	217
Рівненська	407	0,2	1,3	8,3	28,6	61,6	133	44,0	692	28,1	213	52,9	216
Сумська	406	0,5	1,5	4,2	11,5	82,3	61	48,5	1024	24,0	137	47,8	174
Тернопільська	408	0,4	4,0	17,5	24,4	53,6	165	42,4	732	30,9	218	44,2	221
Харківська	399	0,9	1,6	8,2	16,1	73,1	91	59,4	556	22,0	173	51,5	288
Херсонська	408	0,3	0,6	4,4	16,6	78,1	68	44,8	755	24,1	164	37,4	186
Хмельницька	392	0,5	1,0	9,0	15,0	74,5	63	61,2	877	15,9	242	35,0	252
Черкаська	390	1,0	1,4	4,8	15,7	77,1	93	47,2	696	29,9	216	54,7	185
Чернівецька	406	1,3	0,8	6,7	14,3	76,8	76	28,9	775	21,0	184	56,8	242
Чернігівська	401	1,6	1,3	3,0	8,6	85,5	39	47,1	898	18,3	197	65,3	206
м. Київ	404	0,6	2,2	22,5	17,0	57,6	132	49,9	1075	30,7	300	39,3	158

Фізичні навантаження

На запитання «Скільки годин чи хвилин на тиждень Ви маєте фізичні навантаження хоча б середньої інтенсивності (враховуйте не лише цілеспрямовані заняття спортом, а також ходіння пішки, їзду на велосипеді, роботу в городі тощо) — так, щоб задихатися або спітніти?» 10,0% респондентів відповіли, що не мали таких фізичних навантажень протягом останнього тижня, серед решти медіанна тривалість таких навантажень становила 600 хв на тиждень за самоповідомленням. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує практикувати дорослим хоча б 150 хв фізичних навантажень середньої інтенсивності на тиждень або хоча б 300 хв фізичних навантажень середньої інтенсивності для додаткових позитивних ефектів для здоров'я⁹.

За областями перше місце за фізичною активністю посідала Чернігівська область (91,0% опитаних мали навантаження середньої інтенсивності протягом минулого тижня з медіанною тривалістю навантажень 3000 хв на тиждень), а останнє — м. Київ (тільки 49,4% дорослих мали фізичні навантаження середньої інтенсивності протягом минулого тижня, і медіанна тривалість їх становила 300 хв) (*рис. 1.12*). Частка осіб, які повідомляли про відсутність фізичних навантажень, зменшилася в середньому на 0,4% порівняно з 2017 р. (з 10,4% у 2017 р. до 10,0% у 2018 р.).

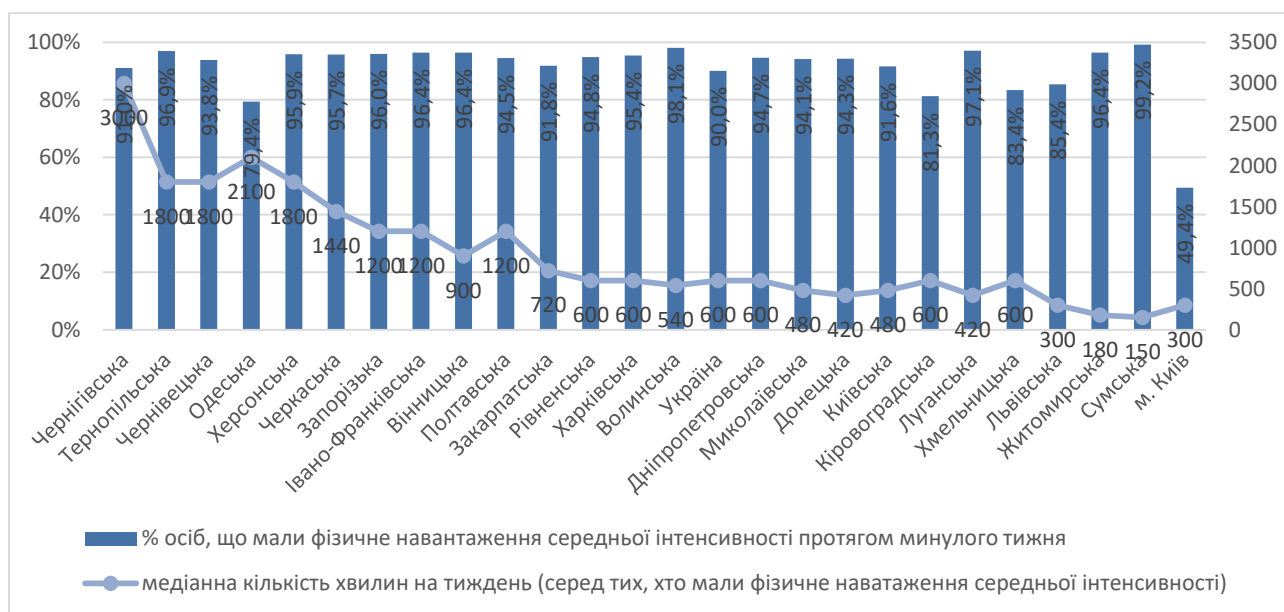


Рис. 1.12. Фізичні навантаження хоча б середньої інтенсивності протягом останнього тижня: розподіл за регіонами (N = 7826)

Вживання фруктів та овочів

Протягом «останнього тижня» в середньому по Україні дорослі вживали 2,4 кг свіжих фруктів та 2,8 кг свіжих овочів (*рис. 1.13*). Проте цей обсяг значно коливався за регіонами. Так, у Херсонській та Кіровоградській областях загальний обсяг вжитих «за останній

⁹<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

тиждень» фруктів та овочів сягав восьми кілограмів, тоді як у Хмельницькій та Сумській областях — трохи більше трьох кілограмів. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує вживати мінімум 400 грам свіжих овочів та фруктів на день¹⁰, тобто 2,8 кг на тиждень. Потрібно звернути увагу на те, що обсяг вживання фруктів та овочів українцями за самоповідомленням хоч і був задовільним у межах рекомендацій ВООЗ, проте опитування проводилося влітку, тому ці обсяги, мабуть, є найвищими можливими для українського населення в межах року.

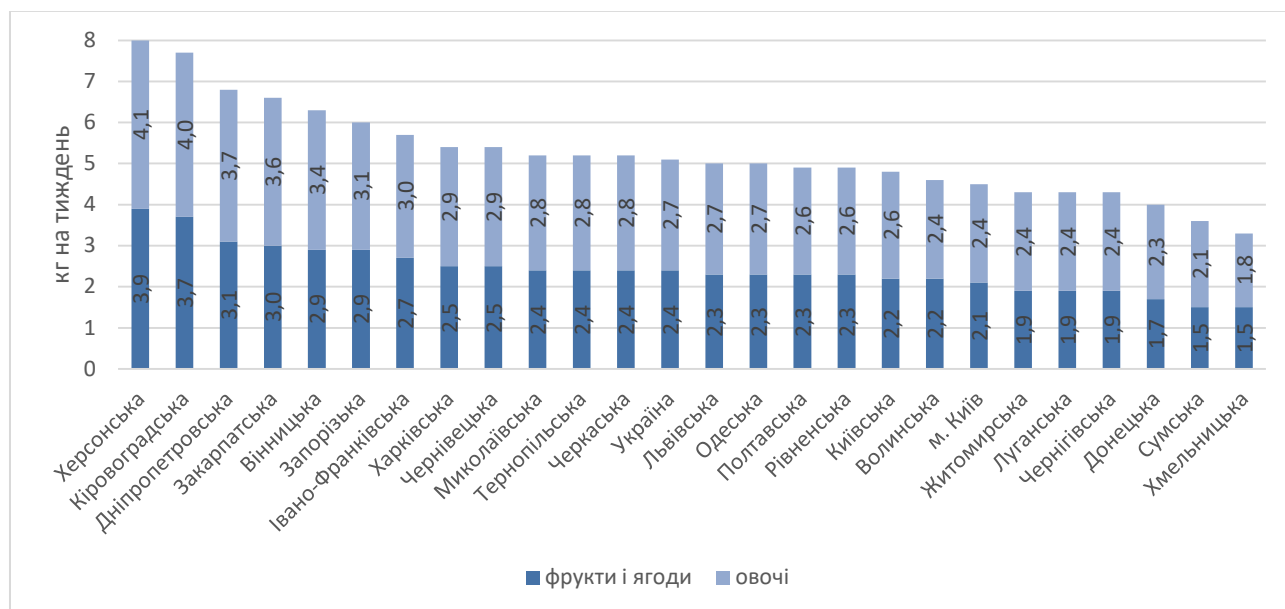


Рис. 1.13. Середній обсяг вживання свіжих фруктів і ягід та овочів протягом останнього тижня (у кг): розподіл за областями (N = 8560)

1.5. Індекс маси тіла (ІМТ)

Середній ІМТ по Україні становив 26,1. За самоповідомленими зростом та вагою 2,3% респондентів мали недостатню вагу, 43,5% опитаних мали нормальну вагу, 36,5% дорослих в Україні мали надмірну вагу і 17,7% — ожиріння.

За регіонами, середній ІМТ становив від 25,0 у Харківській області до 27,0 у Житомирській області (*рис. 1.14, табл. 1.4*). Обидва ці значення лежать у нижній половині значень надмірної ваги. Тобто у жодній області України середній ІМТ не лежить у межах нормальної ваги за прийнятою ВООЗ класифікацією¹¹.

Частка українців з ІМТ 30 і більше (що відповідає ожирінню за класифікацією ВООЗ) трохи зменшується кожного року. Так, у 2016 р. ця частка становила 19,3%, у 2017 р. — 18,9%, а у 2018 р. — 17,6%. Також на 0,2% щороку зменшується частка респондентів з недостатньою вагою. Утім частка тих, хто має ІМТ між 25 і 29,9 (що відповідає надмірній вазі) лише повільно зростає (з 35,5% у 2016 р. до 36,1% у 2017 р. та 35,9% у 2018 р.).

¹⁰ <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/>

¹¹ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

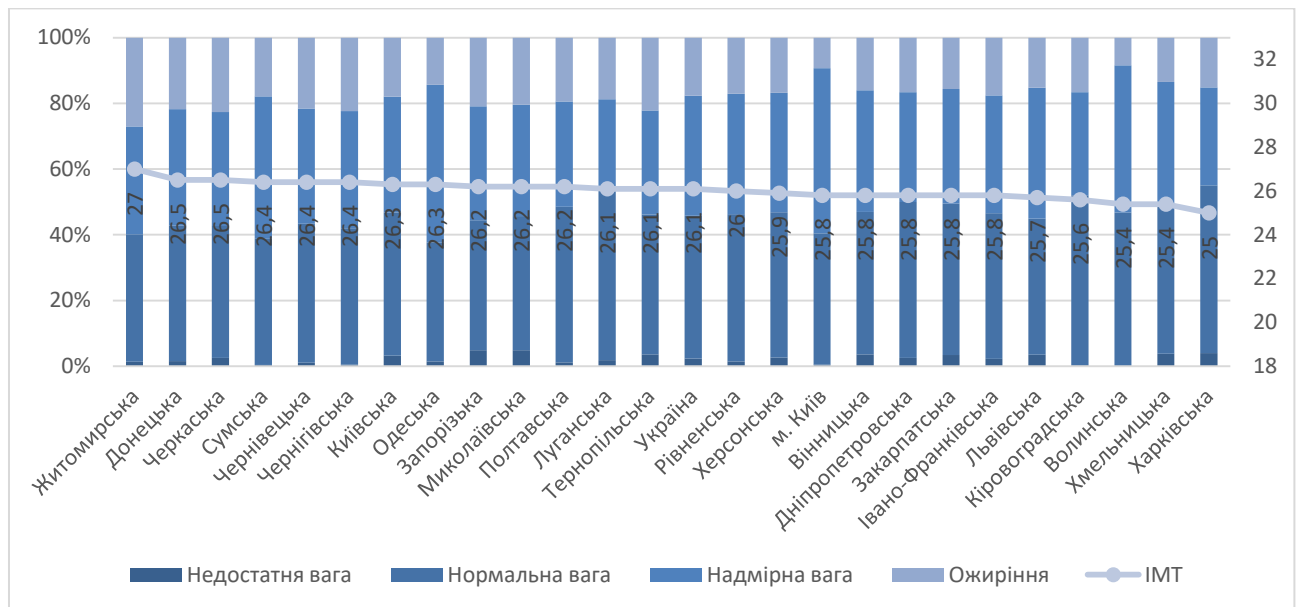


Рис. 1.14. Розподіл індексу маси тіла по регіонах ($N = 8480$)

Таблиця 1.4. Розподіл індексу маси тіла по регіонах

Регіон	N	Недостатня вага, %	Нормальна вага, %	Надмірна вага, %	Ожиріння, %	ІМТ
Україна	8480	2,3	43,5	36,5	17,7	26,1
Вінницька	350	3,6	43,4	37,0	16,0	25,8
Волинська	221	0,0	46,8	44,8	8,4	25,4
Дніпропетровська	348	2,5	47,4	33,4	16,6	25,8
Донецька	404	1,5	41,2	35,5	21,7	26,5
Житомирська	401	1,3	38,8	32,9	27,0	27,0
Закарпатська	365	3,4	46,1	34,9	15,6	25,8
Запорізька	360	4,9	39,5	34,7	20,9	26,2
Івано-Франківська	334	2,2	44,4	35,8	17,6	25,8
Київська	383	3,2	43,5	35,3	17,9	26,3
Кіровоградська	329	0,3	51,7	31,4	16,6	25,6
Луганська	343	1,8	51,8	27,6	18,7	26,1
Львівська	387	3,5	41,4	39,9	15,2	25,7
Миколаївська	381	4,9	40,8	34,0	20,4	26,2
Одеська	361	1,4	36,2	48,0	14,4	26,3
Полтавська	301	1,2	47,4	32,1	19,4	26,2
Рівненська	367	1,4	44,9	36,6	17,1	26,0
Сумська	204	0,4	38,4	43,3	17,9	26,4
Тернопільська	369	3,6	42,6	31,6	22,2	26,1
Харківська	285	0,5	39,9	50,3	9,3	25,8
Херсонська	369	2,3	43,5	36,5	17,7	26,1
Хмельницька	276	3,6	43,4	37,0	16,0	25,8
Черкаська	334	0,0	46,8	44,8	8,4	25,4
Чернівецька	349	2,5	47,4	33,4	16,6	25,8
Чернігівська	293	1,5	41,2	35,5	21,7	26,5
м. Київ	366	1,3	38,8	32,9	27,0	27,0

1.6. Щеплення

З 10 143 осіб, які потрапили до вибірки, 30,7% ($N = 3116$) мали у домогосподарстві дітей віком до 18 років і володіли інформацією про стан їхнього здоров'я (рис. 1.15). Цим людям ставили запитання про ставлення до вакцинації та досвід отримання щеплень для дітей у домогосподарстві.

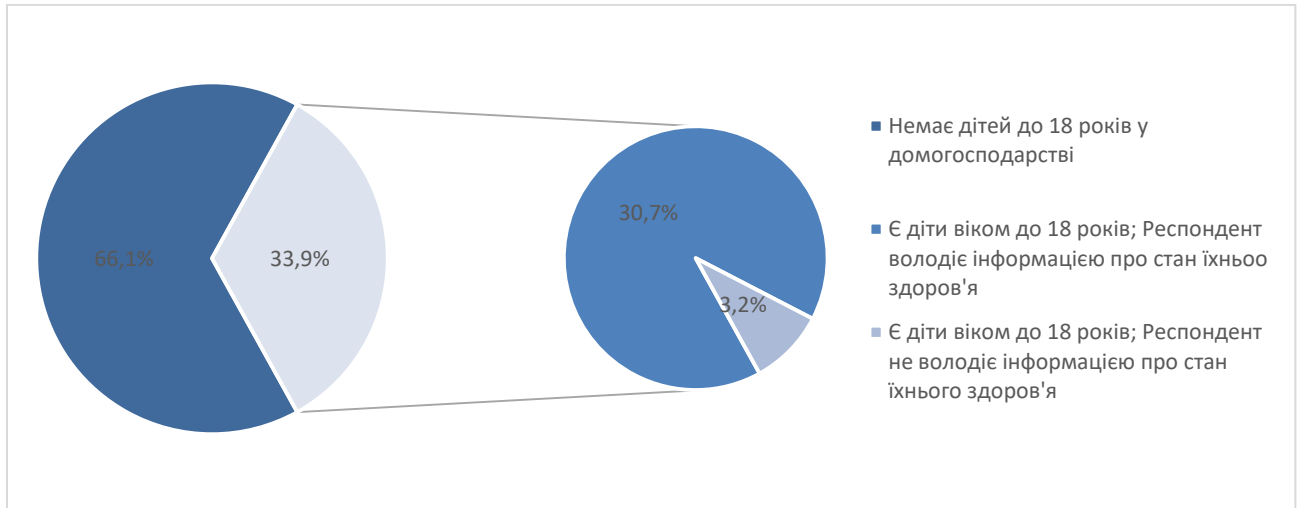


Рис. 1.15. Респонденти, які відповідали на запитання про ставлення і досвід щеплення своїх дітей

Ставлення до вакцинації

Серед тих дорослих, у домогосподарстві з якими проживали діти до 18 років і які знали про стан здоров'я цих дітей, половина (47,4%) ставилися до вакцинації «скоріше позитивно», і ще чверть (27,1%) — «дуже позитивно». 15,8% опитаних ставилися до вакцинації «нейтрально», і лише кожний десятий — «скоріше негативно» (6,4%) або «дуже негативно» (3,2%) (рис. 1.16).

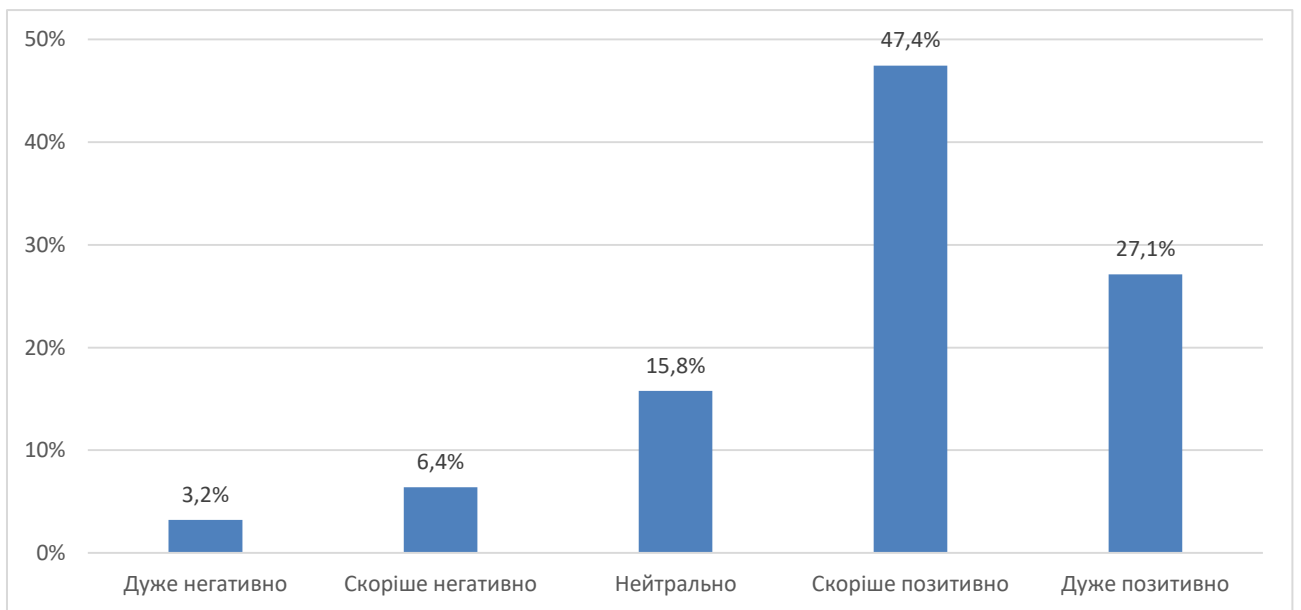


Рис. 1.16. Ставлення до вакцинації дорослих, які мають у домогосподарстві дітей до 16 років і знають про стан їхнього здоров'я ($N = 3054$)

Найкраще ставилися до вакцинації дорослі, відповідальні за дітей у домогосподарстві, у Кіровоградській області (в середньому 4,6 із 5), і найгірше — в Івано-Франківській та Львівській областях (у середньому — 3,5 із 5) (рис. 1.17; табл. 1.5).

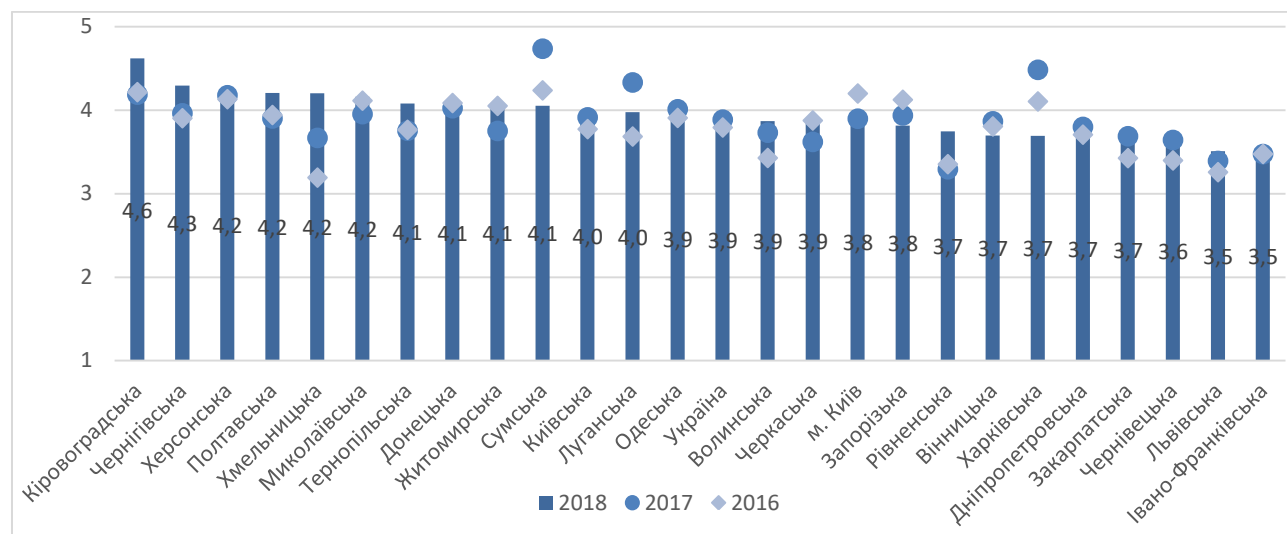


Рис. 1.17. Ставлення до вакцинації: розподіл за областями (середнє значення за шкалою від 1 до 5) (N = 3054)

Таблиця 1.5. Ставлення до вакцинації: розподіл за областями, %

Регіон	N	Дуже позитивно	Скоріше позитивно	Нейтрально	Скоріше негативно	Дуже негативно
Україна	3054	27,1	47,4	15,8	6,4	3,2
Вінницька	131	28,3	34,1	23,0	8,2	6,4
Волинська	86	9,1	76,0	9,9	2,8	2,3
Дніпропетровська	129	18,7	45,8	22,5	9,9	3,1
Донецька	87	40,1	31,8	25,5	0,0	2,6
Житомирська	138	15,8	76,6	5,7	1,5	0,4
Закарпатська	177	14,0	56,1	17,0	7,3	5,6
Запорізька	122	11,5	65,7	17,5	3,6	1,8
Івано-Франківська	168	12,3	45,6	24,4	15,3	2,4
Київська	147	33,5	42,6	15,4	7,2	1,3
Кіровоградська	87	62,0	38,0	0,0	0,0	0,0
Луганська	94	20,0	61,1	15,2	3,7	0,0
Львівська	132	23,1	40,3	12,4	12,9	11,3
Миколаївська	150	37,4	47,2	10,1	4,8	0,6
Одеська	117	30,0	46,3	14,9	3,7	5,1
Полтавська	137	42,1	40,8	13,9	2,1	1,2
Рівненська	171	23,6	47,9	12,5	11,4	4,6
Сумська	111	15,7	78,1	1,9	4,3	0,0
Тернопільська	129	55,3	14,8	17,7	6,9	5,3
Харківська	93	7,0	69,0	10,1	13,9	0,0
Херсонська	146	47,5	31,7	19,7	0,4	0,7
Хмельницька	74	44,4	40,8	6,5	7,3	0,9
Черкаська	118	32,7	40,8	14,1	4,9	7,6
Чернівецька	150	28,3	32,4	19,3	14,5	5,4
Чернігівська	103	60,0	25,3	5,2	2,9	6,6
м. Київ	57	9,8	66,4	21,3	2,5	0,0

Порівняно з попередніми роками ставлення до вакцинації поступово покращується.

Так, у 2016 р. в середньому по Україні респонденти оцінювали своє ставлення до вакцинації на 3,8 із п'яти, а у 2017 та 2018 роках ця оцінка зросла до 3,9 бала за п'ятибальною шкалою.

Відмова від вакцинації

У цілому по Україні 21,9% дорослих респондентів, які відповідають за дітей у своєму домогосподарстві, відмовлялися коли-небудь від щеплення своїх дітей або дитини (**рис. 1.18**). Ця частка коливалася від 2,2% у Волинській області до 45,1% в Івано-Франківській. Крайні значення посіли Кіровоградська область, де ніхто з опитаних батьків не відмовлявся від щеплень для своєї дитини, та Хмельницька область, де троє з чотирьох опитаних мали такий досвід (75,7%).

Найчастішими причинами відмови від щеплення були хвороба дитини (45,5%), страх ускладнень або негативних наслідків після щеплення (40,9%) та недовіра до виробників вакцин (30,9%) і/або процедури їх перевезення та зберігання (16,7%). Лише невелика частина опитаних батьків вважали, що вакцинація не потрібна, або їх відмовляли від вакцинації медичні працівники (4,4%) (**рис. 1.19**).

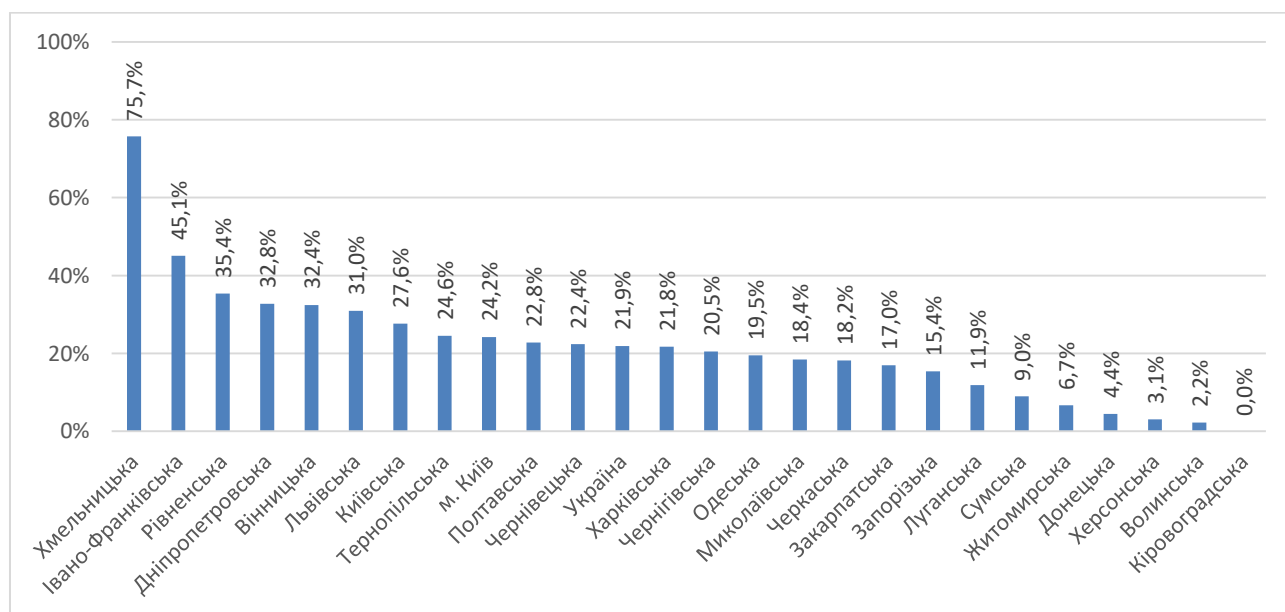


Рис. 1.18. Відмова від щеплення своєї дитини (серед тих, хто мав дітей до 18 років у домогосподарстві і володів інформацією про стан їхнього здоров'я): розподіл по областях (N = 3040)

У цілому по Україні частка респондентів, які відмовлялися коли-небудь від щеплення своєї дитини, становила у 2018 р. на 0,8% більше, ніж у 2017 р.



Рис. 1.19. Причини відмови від щеплення дитини (можна обрати до трьох відповідей) (серед тих, хто відмовлявся від щеплення дитини) ($N = 670$)

За розподілом причин відмови від щеплень своєї дитини ситуація разюче змінилася порівняно з 2017 р. З одного боку, у 2018 р. на 7,9% менше батьків повідомляли про те, що відмовлялися коли-небудь від обов'язкових щеплень для дитини через страх ускладнень чи негативних наслідків від вакцини; на 7,6% менше — через недовіру виробникам, на 5,1% менше, оскільки вважають, що вакцинація не потрібна, і на 1,4% менше, бо медичний працівник не рекомендував вакцинувати дитину. З іншого боку, на 13,6% більше батьків у 2018 р. порівняно з 2017 р. сказали, що відмовлялися коли-небудь від щеплення своєї дитини, бо дитина була хвора. Ще на 3,3% більше батьків у 2018 р. серед тих, хто коли-небудь відмовлявся від обов'язкових щеплень своєї дитини, робили це через недовіру процедурі перевезення та зберігання вакцин.

1.7. Знання про здорову поведінку та симптоми деяких захворювань

Знання симптомів туберкульозу

На питання «Які, на Вашу думку, симптоми туберкульозу?» вісім із десяти опитаних відповіли «кашель, що триває понад три тижні» (79,2%) (**рис. 1.20**). Половина респондентів назвали також «виділення мокротиння або кровохаркання» (44,4%). Усі інші симптоми згадували від 5,6% (озноб) до 27,6% (температура) опитаних. Хоча б один симптом туберкульозу назвали правильно 96,8% українців, проте три основні симптоми туберкульозу одночасно (кашель, що триває понад три тижні, виділення мокротиння або кровохаркання та біль у грудях)¹² назвали лише 11,2% українців.

¹² За рекомендаціями Центрів контролю і запобігання захворюванням Сполучених Штатів Америки CentersforDiseaseControlandPrevention: Tuberculosis (TB) Disease: SymptomsandRiskFactors<https://www.cdc.gov/features/tbsymptoms/index.html>

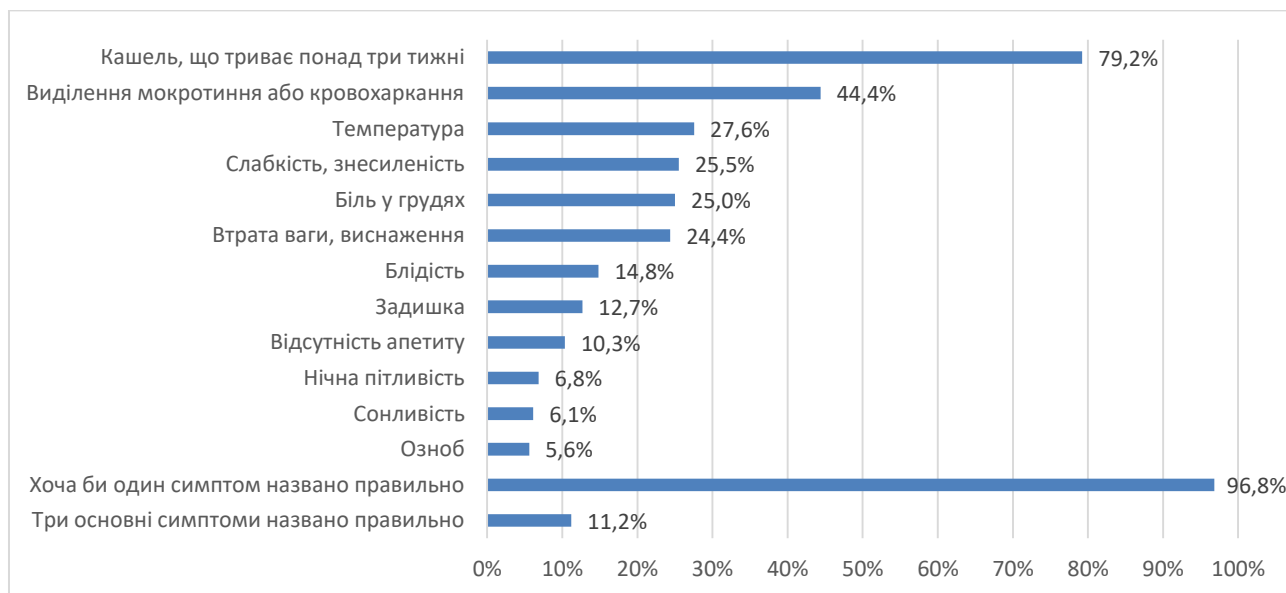


Рис. 1.20. Знання симптомів туберкульозу (можливі кілька варіантів, спонтанна відповідь) ($N = 8580$)

Знання хоча б одного симптому туберкульозу були високі майже в усіх областях України і становили від 88,1% у Черкаській області до 100% у Харківській, Кіровоградській, Донецькій та Волинській областях. Винятком стала тільки Івано-Франківська область, де хоча б один симптом туберкульозу правильно назвали лише 72,5% опитаних (рис. 1.21). Знання трьох основних симптомів туберкульозу коливалося від 0,9% у Черкаській області до 24,9% в Одеській, і тільки в Луганській становили 61,7% (рис. 1.21). Рівень знань кожного окремого симптому за областями наведено в *табл. 1.6*.

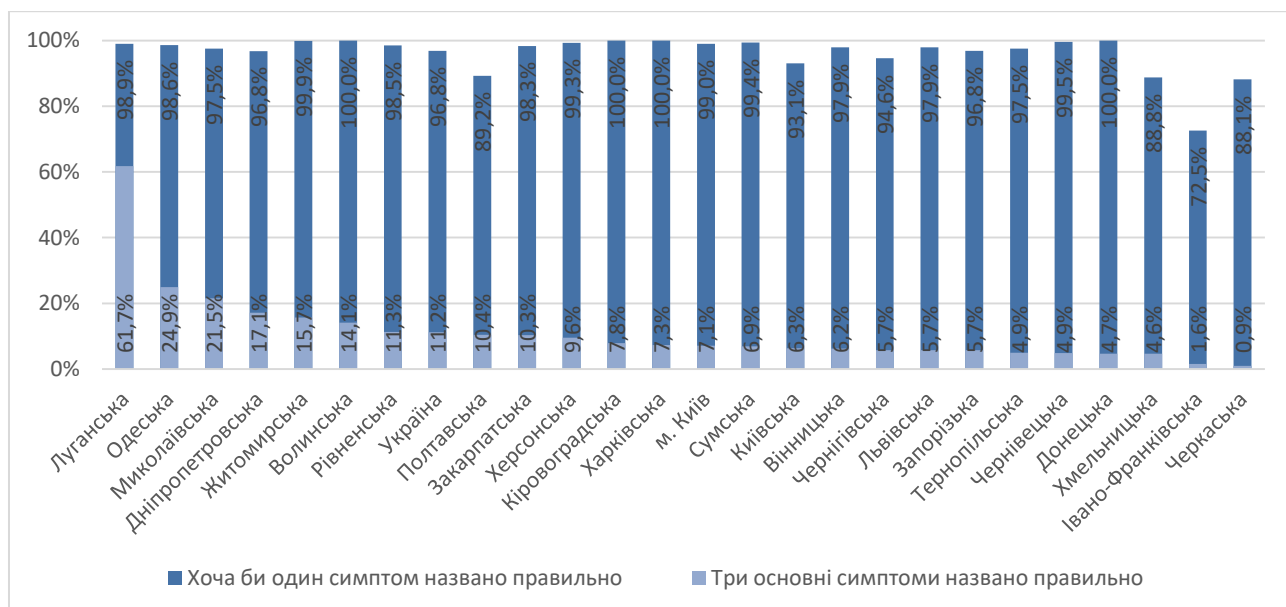


Рис. 1.21. Знання симптомів туберкульозу (можливі кілька варіантів, спонтанна відповідь): розподіл за областями ($N = 8580$)

Знання симптомів туберкульозу збільшуються з роками. Так, частка осіб, які назвали хоча б один симптом правильно, становила 95,1% у 2016 р., 96,0% у 2017 р. і 96,8% у 2018 р. Частка респондентів, які назвали правильно три основні симптоми туберкульозу, збільшилася

з 6,7% у 2016 р. до 10,3% у 2017 р. і 11,2% у 2018 р.

Знання симптомів інсульту

З п'яти основних симптомів інсульту респонденти найчастіше називали три такі: раптове оніміння чи втрата рухливості обличчя, руки або ноги, особливо з одного боку тіла (63,2%); раптові труднощі артикуляції або сприйняття мови (54,2%); раптові труднощі з координацією рухів, хиткість ходи, запаморочення, втрата свідомості (46,3%). Усі ці варіанти обирала приблизно половина опитаних. Решту два симптоми згадували тільки кожний четвертий опитаний, а саме: раптовий різкий і незрозумілий головний біль (22,3%) та раптове погіршення зору (20,6%) (*рис. 1.22*).



Рис. 1.22. Знання симптомів інсульту (можливі кілька варіантів, спонтанна відповідь) ($N = 8244$)

Найбільшу кількість симптомів інсульту правильно назвали в Луганській області (в середньому більше трьох), і найменшу — в Івано-Франківській (в середньому менше одного) (*рис. 1.23; табл. 1.7*).

Таблиця 1.6. Знання симптомів туберкульозу (можливі кілька варіантів, спонтанна відповідь): розподіл за областями, %

Регіон	N	Кашель, що триває понад три тижні	Біль у грудях	Виділення мокротиння або кровохаркання	Слабкість, знесиленість	Блідість	Задихка	Втрата ваги, виснаження	Відсутність апетиту	Озноб	Сонливість	Температура	Нічна пітливість	Хоча б один симптом названо правильно	Три основні симптоми названо правильно
Україна	8580	79,2	25,0	44,4	25,5	14,8	12,7	24,4	10,3	5,6	6,1	27,6	6,8	96,8	11,2
Вінницька	358	79,5	21,3	37,3	19,1	15,1	10,1	24,2	7,9	3,1	1,6	14,6	4,5	97,9	6,2
Волинська	395	91,6	45,9	46,9	19,4	5,5	3,7	4,8	2,6	0,4	3,4	48,6	10,7	100,0	14,1
Дніпропетровська	296	73,1	28,6	49,1	31,1	21,2	13,0	37,2	16,6	8,9	11,1	31,0	15,4	96,8	17,1
Донецька	386	82,6	20,5	33,3	21,2	12,0	12,8	24,2	6,1	4,0	5,5	41,7	4,6	100,0	4,7
Житомирська	393	85,6	29,0	54,7	12,0	7,4	3,3	6,8	3,4	1,7	0,3	7,1	0,5	99,9	15,7
Закарпатська	336	81,1	28,4	40,6	23,9	16,2	7,9	27,7	12,1	0,6	0,5	25,1	4,9	98,3	10,3
Запорізька	381	70,1	35,2	42,8	24,5	20,4	16,3	27,5	18,4	14,8	10,6	12,3	0,4	96,8	5,7
Івано-Франківська	305	46,0	3,1	17,0	13,5	5,4	6,6	18,6	2,7	1,5	1,2	22,3	1,1	72,5	1,6
Київська	336	84,7	13,4	43,1	27,1	12,7	20,8	23,3	5,3	3,4	6,8	23,8	4,2	93,1	6,3
Кіровоградська	378	82,4	32,7	35,5	13,4	10,4	17,9	10,4	7,1	9,3	12,1	37,2	20,4	100,0	7,8
Луганська	249	94,3	72,8	77,8	38,4	35,5	45,1	54,0	31,6	7,5	23,5	64,6	16,1	98,9	61,7
Львівська	372	92,6	15,6	45,4	27,0	7,6	6,0	26,8	7,4	1,0	4,8	20,6	8,6	97,9	5,7
Миколаївська	378	88,9	29,8	71,2	35,5	27,7	13,7	49,7	24,4	10,2	12,5	50,8	22,9	97,5	21,5
Одеська	357	77,1	45,9	63,7	36,8	21,2	12,5	23,7	7,5	5,9	3,2	15,1	2,1	98,6	24,9
Полтавська	306	49,2	27,6	51,5	17,7	17,1	16,4	35,3	15,6	11,2	11,3	30,5	13,0	89,2	10,4
Рівненська	342	92,7	18,6	39,2	26,7	8,7	17,9	24,9	10,9	5,3	1,4	21,6	3,9	98,5	11,3
Сумська	394	45,7	17,4	37,6	19,5	7,8	7,3	19,2	11,4	2,5	0,0	1,0	0,2	99,4	6,9
Тернопільська	276	80,2	23,0	21,1	14,1	2,0	6,5	11,2	2,6	0,5	0,3	28,0	3,6	97,5	4,9
Харківська	324	91,8	14,9	58,8	40,7	15,0	3,6	9,3	3,9	2,5	1,3	10,0	1,6	100,0	7,3
Херсонська	389	86,1	21,3	40,5	34,0	9,3	7,0	26,3	11,3	2,2	2,1	50,2	14,5	99,3	9,6
Хмельницька	347	37,0	12,5	44,2	11,6	8,9	7,8	12,6	3,7	1,4	0,4	18,5	11,2	88,8	4,6
Черкаська	268	72,9	2,9	21,2	9,4	1,9	3,4	12,1	2,1	0,3	0,0	40,6	2,0	88,1	0,9
Чернівецька	346	83,7	16,7	38,0	18,7	17,8	10,4	32,1	7,7	4,7	4,4	41,4	7,0	99,5	4,9
Чернігівська	312	91,0	13,0	28,6	28,0	10,9	7,9	18,2	12,9	3,6	8,9	46,2	6,8	94,6	5,7
м. Київ	356	89,3	24,0	39,5	33,2	25,4	23,5	26,1	18,1	18,6	12,7	14,1	2,2	99,0	7,1

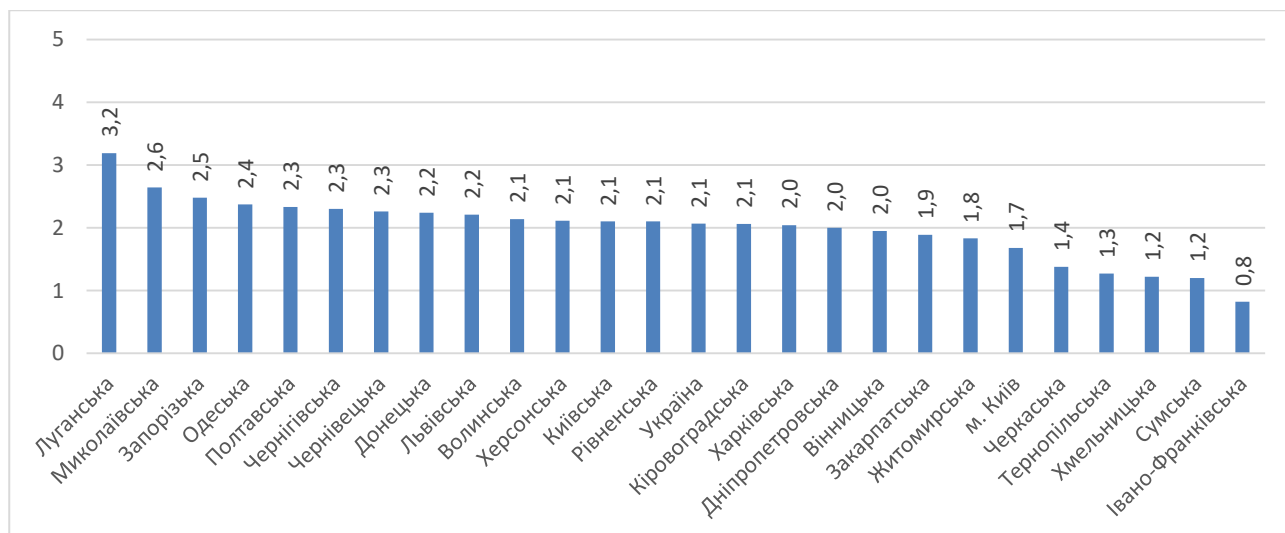


Рис. 1.23. Середня кількість правильно названих симптомів інсульту (з п'яти): розподіл за областями (N = 8244)

Таблиця 1.7. Знання симптомів інсульту (можливі кілька варіантів, спонтанна відповідь): розподіл за областями, %

Region	N	Раптове оніміння чи втрата рухливості обличчя, руки або ноги, особливо на одній стороні тіла	Труднощі артикуляції або сприйняття мови, тексту, які з'явилися несподівано	Різде погіршення зору одного або обох очей	Раптове порушення координації рухів, хиткість ходи, запаморочення, втрата свідомості	Раптовий різкий і незрозумілий головний біль
Україна	8244	63,2	54,2	20,6	46,3	22,3
Вінницька	358	68,2	49,7	13,7	47,7	16,1
Волинська	370	64,0	72,9	22,5	34,6	19,7
Дніпропетровська	309	60,7	43,1	20,2	54,2	21,4
Донецька	365	59,6	69,9	45,6	38,4	10,4
Житомирська	337	57,1	35,3	16,7	38,1	35,9
Закарпатська	338	63,5	56,9	9,7	44,7	14,4
Запорізька	377	79,2	72,7	35,3	49,1	11,4
Івано-Франківська	278	31,1	15,0	1,4	16,8	17,9
Київська	327	68,1	46,6	12,5	60,2	22,5
Кіровоградська	326	68,1	36,2	13,7	52,7	34,8
Луганська	318	97,1	76,8	24,7	48,7	71,9
Львівська	352	77,0	47,4	12,5	55,7	28,5
Миколаївська	368	77,6	58,7	24,4	72,7	30,5
Одеська	360	76,8	62,7	20,9	60,9	16,1
Полтавська	321	68,0	58,0	24,5	64,9	18,0
Рівненська	328	59,9	49,6	13,7	62,6	23,7
Сумська	386	38,8	28,9	22,3	26,6	3,0
Тернопільська	291	29,6	25,8	3,6	23,0	45,3
Харківська	302	61,5	62,8	11,0	41,2	27,7
Херсонська	345	77,9	60,6	16,0	45,2	11,8
Хмельницька	304	27,8	50,5	20,5	17,8	5,9
Черкаська	220	45,2	41,0	2,0	35,3	14,6
Чернівецька	345	65,9	54,2	14,1	53,5	38,4

Чернігівська	255	71,3	45,3	12,5	57,5	43,8
м. Київ	364	46,4	53,1	18,3	39,7	10,7

Проведене дослідження в цілому засвідчує, що самооцінка здоров'я дещо покращується: у 2016 р. українці в середньому оцінювали стан свого здоров'я на 3,34 бала з п'яти, а у 2018 р. ця оцінка — 3,41 бала. Також за об'єктивними показниками стану здоров'я — за середньою очікуваною тривалістю життя — Україна відстає від більшості розвинутих країн на 10 років у жінок, і майже на 15 років у чоловіків¹³.

Привертають увагу отримані надто «скромні» показники частоти вживання алкоголю. Водночас, за даними ВООЗ від 2017 р., в Україні вживається близько 14 літрів абсолютного алкоголю на рік на душу населення, і це 5–6 показник у світі¹⁴. Можливо, дані самозвіту щодо вживання алкоголю свідчать, що респонденти схильні давати соціально очікувані відповіді щодо практики споживання алкоголю.

Частка курців в Україні протягом останніх років зменшується, і це підтверджується іншими опитуваннями щодо куріння (GATS, 2010, 2017)¹⁵. Таку тенденцію можна пояснити низкою факторів — збільшенням цін на цигарки, антирекламою, заборонаю на продаж цигарок молоді тощо, тобто «антитютюнова» політика дається взнаки.

Зіставлення даних опитування «Індекс здоров'я. Україна» з результатами інших досліджень, проведених раніше¹⁶, свідчать, що здоровий спосіб життя та його соціальна якість (як чинники, що залежать від самої людини) продовжують залишатися другорядними порівняно із зовнішніми чинниками, що не залежать від людини. Як і раніше, переважна більшість дорослих українців не готові брати на себе відповідальність за збереження та зміцнення стану свого здоров'я й робити вибір на користь здорового способу життя і профілактичних заходів. Відтак нагальною видається потреба в розгортанні відповідної інформаційно-профілактичної роботи як на національному, так і на місцевих рівнях.

Наразі проведене дослідження виявило суттєві вікові розбіжності й розбіжності між областями в самоцінюванні здоров'я та поведінкових практиках. Відтак формування здоров'язбережувальних, профілактичних програм в Україні має відбуватись за цільовим

13

Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.; Демографія і стан здоров'я народу України: аналітично-статистичний посібник / [під ред. В. М. Коваленка]. Київ: Медін-форм, 2016. 143 с.

14 Ranked: The countries around the world where people drink the most// SBS. 2017. 10 December. Accessed at: <https://www.sbs.com.au/yourlanguage/italian/en/article/2017/02/07/ranked-countries-around-world-where-people-drink-most?language=en>

15 Основні факти: порівняння Україна 2010–2017: глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну // Міністерство охорони здоров'я України. 2017. URL: http://moz.gov.ua/uploads/0/978-ukr_gats_2017_compare_ua_web.pdf

16 Семигіна Т., Романова Н., Белишев О. Самооцінка молоді щодо здоров'я та способу життя // Вісник Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту. 2010. № 3. С. 139–149; Здоров'я та самопочуття українців // Соціологічна група «Рейтинг». 2017. URL: http://ratinggroup.ua/research/ukraine/zdorove_i_samochuvstvie_ukraincev.html

принципом з урахуванням соціально-демографічних і географічних особливостей поведінкових практик. На актуальності таких програм наголошується в Концепції розвитку системи громадського здоров'я¹⁷. Ця Концепція визначає систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур і заходів, що реалізують державні та недержавні інституції для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку й заохочення до здорового способу життя через об'єднання зусиль усього суспільства, різних стейкхолдерів.

17

Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. (№ 1002-р.). URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>

Розділ 2

РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ДОСВІД У РАЗІ ХВОРОБИ

Основні результати розділу

- Як і в попередні роки, флюорографія залишається найпоширенішим діагностичним методом для скринінгу і єдиним видом профілактичного огляду, про що вказали понад 55,0% респондентів. Помітних змін у скринінгу за останній рік не зафіксовано.
- Флюорографію та огляд стоматолога відчутно частіше проходять молодші категорії населення. Такий же висновок можна зробити щодо відвідування уролога чоловіками та гінеколога і мамографії жінками. Люди старших вікових груп натомість відносно частіше роблять кардіограму. Огляд молочних залоз гінеколога також частіше проводять жінкам старших вікових груп, які до них звертаються.
- Менше половини опитаних жінок (46,7%) відвідували гінеколога впродовж останніх 12 місяців. Чоловіки звертаються до уролога з метою профілактики ще рідше, ніж жінки до гінеколога (20,5%). З віком таких звернень стає менше — це актуально для обох статей.
- 47,1% опитаних дорослих у разі виникнення хвороби займаються самолікуванням (31,6% приймають лікарські засоби, ще 15,5% лікуються за допомогою народних засобів). Для третини населення (33,8%) звернення до медичного працівника є типовою поведінкою в разі хвороби: 23,1% звикли звертатися до сімейного/дільничного лікаря, 4,3% звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста, 3,4% мають лікарів серед родичів, друзів чи знайомих, 2,2% викликають швидку допомогу, а 0,8% звертаються одразу до стаціонару.
- Основними причинами «незвертання» до лікаря в разі захворювання респонденти назвали наявний власний досвід лікування подібних симптомів (54,8%), і ця ситуація майже не змінилася за роки дослідження. Іншими бар'єрами для отримання медичної допомоги є очікування, що хвороба мине і без неї (29,2%), побоювання щодо вартості лікування (17,0%) та черг до лікаря (14,1%). Ще 10,0% опитаних не звернулися за допомогою через недовіру до медичних працівників. Вартість лікування сприймається як бар'єр дедалі меншою часткою пацієнтів (24,6% у 2016 р., 22,9% у 2017 р. та 17,0% у 2018 р.).
- 21% респондентів зазначають, що вони хворіють на гіпертонічну хворобу.
- Переважна більшість респондентів з підвищеним артеріальним тиском віддає перевагу медикаментозному лікуванню і досить рідко — модифікації способу життя. Більшість заходів для зниження артеріального тиску стосуються медикаментозного лікування, і значно рідше використовуються модифікації способу життя.. Утім 7% людей з високим тиском не дотримуються рекомендацій лікаря і не вживають жодних заходів для подолання хвороби навіть після вказівки лікаря.

Упродовж останніх років в Україні досить багато говориться про важливість профілактики захворювань. На ній наголошується і в Резолюції Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я, а також у Цілях сталого розвитку. Профілактика захворювань є ефективним засобом не лише протидії виникненню захворювань, а й чинником, здатним суттєво знизити ймовірність тяжкого перебігу й ускладнень від захворювань, сприяти ранньому виявленню небезпечних інфекційних і неінфекційних хвороб, а також зменшити економічний тягар від лікування та тимчасових або постійних втрат працездатності для бюджетів як пересічних громадян, так і держави в цілому.

Основними складовими системи профілактики захворювань є інформування населення щодо важливості здорового способу життя та своєчасного виявлення хвороб, профілактичні щеплення й завчасні профілактичні огляди. Останні дають змогу якомога раніше виявити хворобу та сприяють вищій імовірності її подолання. Залежно від економічних, епідемічних і соціальних умов у країнах можуть запроваджуватися масові, вибіркові або індивідуальні скринінги¹⁸, кожен з яких може включати один чи кілька аналізів та/або обстежень.

В Україні, зокрема у відповідь на загрозу поширення епідемії туберкульозу, протягом багатьох років було обов'язковим проходження флюорографії дорослим населенням. Однак з 2008 р. флюорографія визначена як обов'язкова лише для окремих груп підвищеного ризику з точки зору професійного, соціального статусу або стану здоров'я¹⁹. Задля раннього виявлення раку молочної залози та шийки матки кожній жінці, котра відвідує гінеколога, має пропонуватися клінічне обстеження молочних залоз, а також періодичні, залежно від віку, мамографія та цитологічне дослідження виділень. Чоловікам, які відвідують уролога, має пропонуватися обстеження передміхурової залози²⁰. Окрім цього, відповідно до затвердженого (наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. №504) Порядку надання первинної медичної допомоги, розробленого на підставі галузевих стандартів, лікарі первинної медичної допомоги мають обов'язково проводити відповідні профілактичні заходи. Однак через недостатнє фінансування людям часто пропонують додатково сплатити за витратні матеріали для такого обстеження. Також для представників окремих професій передбачене регулярне проходження профілактичних оглядів.

Сьогодні в Україні дедалі більше уваги приділяється заходам зі зміцнення здоров'я, проводяться інформаційні кампанії щодо негативного впливу тютюну та алкоголю на

¹⁸ Wilson JMG, Jungner G., Principles and practice of screening for disease // WHO Chronicle Geneva: World Health Organization. 22(11):473. Public Health Papers, #34, 1968: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37650>

¹⁹ Наказ Міністерства охорони здоров'я, №254 від 17.05.2008: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0524-08> (дата звернення 23.10.18 р.).

²⁰ Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України, №740/1030/4154/321/614а від 23.11.2007: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1405-07> (дата звернення 23.10.18 р.).

здоров'я, важливості здорового харчування та занять спортом, вкладаються кошти в інфраструктуру (спортивні майданчики, велосипедні доріжки тощо). У рамках реформи системи охорони здоров'я планується переглянути підхід до обов'язкових профілактичних оглядів з урахуванням їх ефективності та економічної доцільності, а також з огляду на найбільш нагальні виклики з боку епідеміологічної ситуації в країні. Наприклад, до Порядку надання первинної медичної допомоги внесено обов'язкові обстеження на рак грудей та колоректальний рак²¹ тощо.

Очікується, що впровадження електронної системи eHealth має унеможливити продаж фіктивних довідок про проходження профілактичних оглядів. Окрім того, в міру просування започаткованої реформи охорони здоров'я головним завданням для лікарів первинної ланки визначено саме забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами, спрямованими на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, запобігання розвитку захворювань, покращення якості життя. Тому найближчим часом має поліпшитись ситуація і з профілактикою, і з обставинами внаслідок захворювання.

2.1. Медичний огляд — раннє виявлення хвороб

Щоб оцінити рівень охоплення дорослих профілактичними оглядами, респондентам ставилося запитання щодо восьми видів оглядів: «*За останні 12 місяців Ви проходили такий медичний огляд (планову перевірку)?*». Частина цих оглядів релевантна для всіх опитаних (флюорографія, кардіограма та огляд у стоматолога), решта пов'язана з профілактикою захворювань, що стосуються репродуктивного здоров'я, а відтак окремі запитання ставилися жінкам (щодо огляду в гінеколога й огляду ним молочних залоз, мазка на цитологічне дослідження та мамографії) і чоловікам (огляд у уролога).

Отже, найпоширенішою формою профілактичних оглядів з-поміж запропонованого у 2018 р. переліку є флюорографія, про що повідомили 55,0% опитаних. Електрокардіограму (ЕКГ) з профілактичною метою робили 42,2% дорослих. Профілактичні огляди у стоматолога за останній рік проходили 36,4% респондентів. За результатами цього річного опитування показники охоплення населення профілактичними оглядами залишились фактично на рівні 2017 р., за винятком кардіограми (з 44% у 2017 р. до 42,2% у 2018 р.), однак виявлені зміни не є статистично значущими. Хоча у 2017 р. спостерігалось зменшення звернень населення для проходження профілактичних оглядів порівняно з 2016 р.

Менше половини опитаних жінок (46,7%) відвідували гінеколога з профілактичною метою впродовж останніх 12 місяців, третина (33,8%) опитаних жінок здавала мазок на

²¹ <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2395476-moz-vnese-skriningi-na-onkologiu-do-poradku-nadanna-pervinnoi-medichnoi-dopomogi.html>

цитологічне дослідження і 18,1% робили мамографічне обстеження. Ці дані також не відрізняються від результатів опитування 2017 р. Загалом 76,0% жінок, які відвідували гінеколога впродовж останнього року, повідомили, що під час прийому лікар проводив огляд їхніх молочних залоз (у 2017 р. запитання не ставилося). Чоловіки звертаються до уролога з метою профілактики ще рідше, ніж жінки до гінеколога (20,5%), і цей показник дещо скоротився порівняно з 2017 р. (24,0%).

Результати опитування засвідчили найнижчий відсоток проходження різних форм профілактичних заходів у Кіровоградській, Волинській областях та в м. Києві, і це ті самі області, які займали останні позиції в 2017 р. Не більше 20% повнолітніх жителів Кіровоградщини робили флюорографію або кардіограму за останній рік, а до уролога звернулися лише 10% дорослих чоловіків. Попри наявність значно ширших можливостей для вибору надавача медичної допомоги у м. Києві, населення столиці демонструє одні з найнижчих по країні показників щодо флюорографії, ЕКГ та мамографії. Відносно непогана ситуація з проходженням профілактичних оглядів у Чернігівській, Полтавській та Житомирській (за винятком мамографії) областях (*табл. 2.1*).

Щодо відмінностей між різними соціально-демографічними групами, то в цілому жінки частіше звертаються до лікарів з метою профілактики, і це стосується всіх релевантних форм медогляду, включених до опитувальника. Населення старших вікових груп дещо частіше роблять лише кардіограму, тоді як флюорографію та огляд стоматолога вони проходять значно рідше, ніж молодші категорії населення. Аналогічну ситуацію зафіксовано і щодо частоти звернень до лікаря для проходження гінекологічного обстеження, яка зменшується з віком жінок, хоча ризик деяких онкологічних захворювань, зокрема раку молочної залози, з віком, навпаки, зростає²². Попри те, що частка пацієнток, які підтвердили проведення лікарем огляду їхніх молочних залоз, з віком зростала (до 79% у групі понад 45 років), загалом охоплення жіночого населення профілактичними оглядами молочних залоз з віком скорочується (від 48,6% у групі 18–29 років до 38,1% у групі 45–59 років та до 19,4% серед старших за 60 років). Це пов'язано з тим, що жінки старших вікових груп рідше звертаються до гінеколога (лише 24,9% жінок віком 60+ проти 46,7% серед усіх вікових груп). Звернень чоловіків до уролога з метою профілактики з віком пацієнтів також стає менше (*табл. 2.2*).

²² <https://phc.org.ua/news/show/20-zhovtnya-vseukrajinskii-den-borotbi-iz-zahvoryuvannyam-na-rak-molochnoji-zalozii>

Таблиця 2.1. Досвід проходження медичного огляду протягом останніх 12 місяців: розподіл за областями (% респондентів, які проходили медичний огляд з профілактичною метою)

Регіон	За останні 12 місяців проходили медичний огляд або робили дослідження									
	флюорографію		кардіограму		в уролога		у гінеколога		мамографію	
	всі, %		всі, %		чоловіки, %		жінки, %		жінки, %	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Україна	56,0	55,0	44,0	42,2	24,0	20,5	47,5	46,7	18,5	18,1
Вінницька	55,7	48,4	44,7	43,9	23,9	19,5	52,4	44,3	30,2	18,1
Волинська	14,1	31,0	17,8	31,7	18,7	12,0	15,0	18,7	5,0	8,8
Дніпропетровська	72,7	56,6	55,5	38,5	28,2	20,1	68,7	55,0	22,4	18,8
Донецька	48,8	62,8	41,7	50,0	33,2	20,8	38,6	43,7	5,4	16,1
Житомирська	61,6	68,0	42,9	59,6	24,9	55,7	57,0	63,1	8,3	7,4
Закарпатська	45,9	39,6	36,1	37,9	35,1	22,8	47,6	41,4	13,2	16,9
Запорізька	48,3	61,3	40,3	45,9	12,7	26,8	31,0	42,5	9,1	12,4
Івано-Франківська	65,1	55,5	54,9	51,1	22,3	11,9	56,0	54,6	17,5	15,4
Київська	59,9	47,1	54,1	44,7	29,9	17,4	55,8	50,3	30,0	9,8
Кіровоградська	17,5	19,1	19,9	21,1	3,3	10,1	20,0	25,0	4,9	10,1
Луганська	69,6	79,7	52,7	48,2	31,8	23,5	39,1	53,4	16,0	21,6
Львівська	49,8	43,5	48,6	39,5	22,3	18,3	45,6	47,7	13,3	21,0
Миколаївська	70,0	72,3	51,4	45,1	19,0	16,3	67,4	60,9	53,8	31,7
Одеська	50,3	48,6	41,4	32,2	23,4	15,4	43,2	33,8	27,4	15,5
Полтавська	64,4	70,5	42,9	65,3	27,0	31,8	54,4	62,9	10,8	19,8
Рівненська	57,4	52,9	53,6	49,4	34,7	16,7	50,8	48,3	29,5	22,8
Сумська	69,3	62,0	38,7	52,2	28,5	19,5	48,9	44,9	26,9	18,6
Тернопільська	66,8	51,4	62,5	42,8	28,6	19,4	45,9	46,8	19,9	24,5
Харківська	57,9	67,3	27,1	34,1	8,3	12,8	43,5	47,6	16,9	25,0
Херсонська	72,7	75,6	48,3	49,6	30,7	24,2	56,4	59,3	34,5	38,8
Хмельницька	47,3	38,1	38,5	27,5	20,5	21,2	41,8	32,1	16,2	13,8
Черкаська	66,2	58,4	59,6	36,9	30,1	23,4	68,1	56,8	25,2	16,7
Чернівецька	72,3	67,2	55,5	49,5	25,4	16,0	69,8	56,3	21,4	13,5
Чернігівська	77,4	75,2	58,9	60,1	23,0	40,7	63,4	60,2	17,5	37,8
м. Київ	35,0	19,9	28,1	20,3	14,0	13,2	32,0	29,7	16,7	8,4

Таблиця 2.2. Досвід проходження медичного огляду протягом останніх 12 місяців (відсоток тих, хто відповів, що проходив медичний огляд з профілактичною метою), %

		Україна	СТАТЬ		ВІКОВА ГРУПА			
			чоловіки	жінки	18–29	30–44	45–59	60 +
Всі	Флюорографія	55,0	52,8	56,8	61,9	57,0	56,9	46,1
	Електрокардіограма з профілактичною метою	42,2	37,5	46,0	38,8	37,3	47,0	45,2
	Стоматолог	36,4	33,9	38,6	52,3	42,1	35,2	20,1
Жінки	Гінеколог (жінки)	46,7	—	46,7	66,4	58,3	48,2	24,9
	Огляд молочних залоз у гінеколога (жінки)	35,2	—	35,2	48,6	42,7	38,1	19,4
	Огляд молочних залоз у гінеколога (жінки, які відвідували гінеколога)	76,0	—	76,0	73,3	73,7	79,2	79,1
	Мазок на цитологічне дослідження (жінки)	33,8	—	33,8	45,1	43,0	36,8	17,7
	Мамографія (жінки)	18,1	—	18,1	23,2	20,0	21,5	11,1
Уролог (чоловіки)		20,5	20,5	—	23,5	20,1	21,9	16,1

Опитування виявило незначні відмінності у проходженні профілактичних оглядів залежно від типу поселення: міські жителі трохи частіше звертаються до стоматологів і проходять флюорографію, аніж жителі сільської місцевості. Також населення з вищою освітою частіше звертається до медичних працівників з питань профілактики (за винятком флюорографії) порівняно з громадянами з нижчим рівнем освіти.

2.2. Поведінка в разі хвороби

Щоб з'ясувати типову поведінку дорослих у разі хвороби, ми ставили таке запитання: «Що Ви, як правило, робите в першу чергу, коли захворіли? Подумайте про ті хвороби, що заважали Вам працювати або займатися повсякденними справами у звичному режимі принаймні впродовж 7 днів».

Результати опитування показують, що самолікування є найпоширенішою практикою населення в разі хвороби, до нього вдаються майже половина (47,1%) опитаних дорослих: 31,6% віддають перевагу самостійному фармакологічному лікуванню, ще 15,5% лікуються за допомогою народних засобів (табл. 2.3). Звернення до медичного працівника є типовою

поведінкою в разі хвороби для третини населення (33,8%): 23,1% звикли звертатися до сімейного/дільничного лікаря, 4,3% звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста, 3,4% мають лікарів серед родичів, друзів чи знайомих, 2,2% викликають швидку допомогу, а 0,8% звертаються одразу до стаціонару. Водночас 11,2% респондентів вказали, що їхнє рішення щодо подальшого лікування, як правило, залежить від симптомів. Порівняно з результатами опитування 2017 р. спостерігається поступове зростання частки тих, хто в разі захворювання звертається по допомогу до медичного працівника (з 29,0% у 2017 р. до 33,7% у 2018 р.), хоча сумарна частка прихильників самолікування при цьому не змінилася (близько 47%). Водночас у групі респондентів, які віддають перевагу самолікуванню, зросла частка тих, хто лікується з допомогою лікарських засобів (з 27,6% до 31,6%), за рахунок тих, хто покладається на методи народної медицини (скоротилося з 19,4% до 15,5%). Зафіксовано зростання звернень по допомогу до медичних працівників за рахунок почастищення візитів до сімейного/дільничного лікаря (з 18,6% до 23,1%).

Не в усіх регіонах частка респондентів, які лікуються самостійно народними засобами або за допомогою ліків, є вищою, ніж частка тих, хто звертається по допомогу до медичного працівника. В Івано-Франківській та Луганській областях до лікарів звертаються вдвічі більше населення, ніж лікується вдома без консультацій з медичними працівниками. Зовсім протилежна ситуація склалася в Сумській, Полтавській, Хмельницькій, Чернігівській, Херсонській, Волинській та Миколаївській областях, де сумарна частка прибічників самолікування перевищує частку тих, хто звертається до медичних працівників, більш ніж вдвічі (*табл. 2.3*). У регіональному розрізі найвідчутніші зміни на користь звернень до лікарів спостерігаються в Тернопільській (+24,2 відсоткового пункту²³), Кіровоградській (+23,5 в.п.) та Миколаївській (+21,7 в.п.) областях, тоді як респонденти, що проживали в м. Києві (+16,1 в.п.), Донецькій (+14,3 в.п.) і Волинській (+12,1 в.п.) областях, вказували на те, що займаються самолікуванням. У світлі зміцнення ролі сімейного лікаря як ключового надавача медичної допомоги важливо, що в 11 регіонах відмічене статистично значуще зростання звернень до сімейного лікаря як пріоритетної стратегії лікування в разі хвороби, і лише у двох областях (Волинській та Житомирській) про такі візити повідомляли рідше, ніж у 2017 р. Отримані дані кореспондуються і з результатами опитування домогосподарств щодо самооцінювання стану здоров'я: до сімейного лікаря в поліклініці протягом останніх 12 місяців зверталось 30,1% респондентів у 2017 р. проти 25,5% у 2016 р.²⁴.

²³ Відсоткові пункти (скорочено в.п.) характеризують різницю між відсотками одного й того ж показника, виміряного за різні періоди часу.

²⁴ Самооцінювання населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги в 2017 р. (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2017 року). Статистичний збірник. Державна служба статистики України, 2018, С. 16.

Були виявлені і певні відмінності у поведінці в разі хвороби за соціально-демографічними групами. Найбільше вдаються до самолікування жителі сільської місцевості (49,9%), люди з нижчою за середню та повною середньою освітою (55,5% та 50,8% відповідно), а також найбідніші верстви з доходом домогосподарства менше 1000 грн на одну особу (56,4%). Молодь рідше обирає стратегію самолікування (41,6% у групі віком 18–29 років) (**табл. 2.4**). Відчутно частіше звітують про свої звернення до медичних працівників у разі хвороби жінки (31,0% у 2017 р. проти 36,8% у 2018 р.) та особи з повною вищою освітою (30,2% у 2017 р. на противагу 38,1% у 2018 р.). Натомість самолікування стало більш поширеним серед осіб без середньої освіти (44,6% у 2017 р. проти 55,5% у 2018 р.), чоловіків (45,3% у 2017 р. порівняно з 48,2% у 2018 р.) та серед осіб з найбідніших сімей (51,9% у 2017 р. та 56,4% у 2018 р.).

У подальших запитаннях респондентів просили пригадати свій останній випадок досить серйозного нездужання: *«Пригадайте останній випадок Вашої будь-якої хвороби чи травми, яка заважала Вам працювати або займатися повсякденними справами у звичному режимі принаймні протягом 7 днів, і який трапився протягом останніх 12 місяців. Назвіть місяць і рік, коли це трапилося»*, а також досвід звернення по медичну допомогу у зв'язку з цим випадком: *«Чи зверталися Ви під час Вашої останньої хвороби чи травми по медичну допомогу до лікаря, фельдшера?»*.

Таблиця 2.3. Поведінка в разі хвороби: розподіл за регіонами

В1.12. Що Ви, як правило, робите в першу чергу, коли захворіли?	Україна		Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Донецька	Житомирська	Закарпатська	Запорізька	Івано-Франківська	Київська	Кіровоградська	Луганська	Львівська	Миколаївська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Харківська	Херсонська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	Чернігівська	м. Київ
	%	N	%																								
Самостійно лікуються народними засобами без ліків	15,5	1643	14,6	14,2	17,2	11,4	14,2	20,2	18,2	7,9	17,0	15,9	5,3	25,5	17,8	16,1	16,3	15,8	41,8	14,6	22,6	23,0	8,0	8,0	21,9	8,2	4,8
Самостійно лікуються за допомогою ліків	31,6	3230	27,5	26,1	25,4	34,6	29,6	27,6	39,6	15,9	39,6	20,4	14,2	23,3	42,7	40,9	46,1	38,3	30,7	23,7	29,4	35,2	33,7	25,7	33,7	46,4	41,4
Просять поради у провізора / фармацевта в аптеці	5,4	478	4,3	1,6	5,4	10,0	0,1	7,3	5,9	3,0	2,7	0,0	5,9	3,5	2,3	2,9	4,2	3,3	2,8	12,9	4,2	3,7	18,8	6,9	3,8	4,7	5,6
Викликають швидку допомогу	2,2	236	1,8	0,9	3,1	0,9	1,3	1,8	1,0	3,7	3,5	1,7	5,0	1,3	1,5	1,6	4,0	0,8	0,9	1,6	2,0	1,4	2,8	3,0	0,2	0,9	4,5
Звертаються до сімейного лікаря / терапевта	23,1	2396	34,9	12,8	21,6	22,2	27,9	29,6	20,6	25,6	21,4	34,9	19,9	28,5	20,5	16,2	11,9	22,3	16,8	25,5	29,7	19,0	9,6	27,7	23,2	17,7	28,5
Звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста амбулаторії чи поліклініки	4,3	442	7,4	0,9	3,4	3,4	7,0	5,1	6,0	7,0	2,1	7,5	7,0	3,3	3,1	7,4	1,7	6,4	0,7	7,3	2,7	3,0	3,1	3,1	4,4	2,3	4,6
Звертаються до спеціаліста стаціонару	0,8	72	1,4	0,0	0,9	0,4	0,1	1,8	1,0	1,2	1,2	1,7	1,0	1,3	2,4	0,7	0,0	1,3	0,6	0,2	0,6	0,0	0,4	0,9	0,3	0,0	0,0
Звертаються до фахівців нетрадиційної медицини	0,1	16	0,5	0,4	0,0	0,0	0,1	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,6
Радяться з лікарями, які є їхніми родичами, друзями, знайомими	3,4	311	1,3	2,3	7,9	1,9	0,1	5,6	0,5	13,9	0,8	0,0	3,7	1,8	1,2	5,3	3,0	2,9	0,7	12,3	1,7	1,1	0,3	4,4	1,4	0,7	5,7
Шукають в Інтернеті спосіб лікування схожих симптомів	1,1	89	0,2	1,3	5,6	0,0	0,6	0,0	1,0	1,4	0,6	0,0	1,0	0,5	0,4	0,7	0,4	3,2	0,0	0,2	0,9	0,6	1,9	1,0	1,4	0,0	1,4
Вдаються до інших дій	0,1	7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,9	0,0	0,8	0,0	0,0
Нічого не роблять	1,3	152	1,3	6,2	1,1	0,0	0,4	0,3	1,9	4,6	1,1	2,7	0,7	1,0	1,0	1,1	0,9	1,8	0,3	1,0	0,0	7,1	1,6	1,9	1,6	1,6	0,0
Залежить від симптомів	11,2	1054	4,9	33,1	8,2	15,2	18,6	0,2	4,0	16,1	9,9	15,3	36,1	9,5	6,9	7,0	10,9	3,3	4,6	0,4	6,2	6,0	19,0	17,2	6,9	17,5	2,9

Таблиця 2.4. Поведінка в разі хвороби: розподіл за соціально-демографічними групами, %

В1.12. Що Ви, як правило, робите в першу чергу, коли захворіли?	Україна	За статтю		За віком				За типом поселення		За освітою								За доходом				
		чоловік	жінка	18–29 років	30–44 роки	45–59 років	60 років і більше	міська	сільська	початкова або неповна заг. сер.	повна заг. середня	професійно-технічна	неповна вища / сер. спец.	базова вища	повна вища	науковий ступінь	до 1000 грн	1001–1500 грн	1501–2000 грн	2001–2500 грн	понад 2500 грн	
Самостійно лікуються народними засобами без ліків	15,5	18,3	13,2	11,9	15,2	17,2	16,8	14,6	17,5	19,7	17,8	17,7	14,5	11,8	13,1	17,1	22,3	19,4	16,5	12,1	12,2	
Самостійно лікуються за допомогою ліків	31,6	29,9	33,1	29,7	34,0	31,9	30,3	31,3	32,4	35,8	33,1	28,8	32,0	31,8	32,0	12,8	34,1	27,9	28,9	32,0	35,3	
Просять поради у провізора / фармацевта в аптеці	5,4	6,0	4,8	7,4	6,0	5,3	3,4	5,6	4,7	2,7	4,4	7,2	6,4	4,4	3,7	0,0	5,9	5,2	4,5	5,4	5,4	
Викликають швидку допомогу	2,2	1,9	2,4	1,4	1,0	1,6	4,7	2,4	1,7	2,3	2,2	2,7	2,2	2,0	1,8	0,0	2,2	2,2	3,8	2,3	1,8	
Звертаються до сімейного лікаря / дільничного терапевта	23,1	19,7	25,8	24,0	20,1	21,9	26,6	23,1	23,0	22,5	24,0	20,3	22,3	23,5	25,9	12,8	17,9	26,6	26,2	25,1	23,2	
Звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста амбулаторії чи поліклініки	4,3	4,2	4,5	3,1	4,2	5,4	4,4	4,3	4,5	3,4	3,2	4,0	4,8	5,8	4,8	9,1	3,5	4,9	4,5	5,5	4,9	
Звертаються безпосередньо до спеціаліста стаціонару	0,8	1,0	0,5	0,7	0,6	1,2	0,5	0,7	0,9	0,3	0,9	0,6	0,8	1,5	0,6	0,0	0,9	0,5	0,6	0,7	0,5	
Звертаються до фахівців нетрадиційної медицини	0,1	0,2	0,1	0,0	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,3	0,0	0,4	0,5	0,1	0,2	0,1	
Радяться з лікарями, які є їхніми родичами, друзями, знайомими	3,4	3,2	3,5	3,9	3,6	3,0	3,1	3,6	2,9	3,9	2,7	1,4	3,5	4,5	5,0	22,6	3,4	1,0	2,8	3,3	4,7	
Шукають в Інтернеті спосіб лікування схожих симптомів	1,1	1,5	0,8	2,5	1,5	0,5	0,2	1,4	0,4	0,0	0,5	0,7	1,5	4,0	0,9	4,3	0,8	0,4	1,0	2,1	1,5	
Вдаються до інших дій	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	
Нічого не роблять	1,3	2,0	0,7	1,0	1,6	1,0	1,3	1,0	2,0	2,5	1,7	1,7	1,1	0,5	0,7	0,0	1,3	1,8	1,4	1,2	0,8	
Залежить від симптомів	11,2	12,0	10,5	14,1	11,9	10,8	8,6	11,7	10,0	6,7	9,5	14,7	10,7	9,5	11,0	21,3	7,3	9,5	9,7	10,2	9,6	

Згадуючи про свій реальний досвід, близько третини опитаних (33,3%, $N = 3254$) повідомили, що мали впродовж останніх 12 місяців хворобу або травму, яка впливала на їхню повсякденну життєдіяльність. Дещо більше двох третин з них (70,6%, $N = 2291$) звернулись по фахову медичну допомогу до лікаря чи фельдшера (рис. 2.1). Рівень повідомлень про випадок травми або нездужання за рік залишився без зміни.

Найнижчий рівень звернень до лікаря (менше половини тих, хто мав хворобу або травму) зафіксований у Волинській, Полтавській, Хмельницькій областях та м. Києві, натомість у Донецькій, Кіровоградській, Харківській, Луганській та Львівській областях до медичних працівників звернулися понад 80% тих, хто мав такі випадки (рис. 2.2).

Частіше звертаються до медичного працівника в разі нездужання респонденти старших вікових груп: 73,1% опитаних віком 60 років і старших проти 65,2% 18–29-літніх, котрі впродовж останнього року хворіли. Також дещо частіше зверталися до лікаря під час останнього реального випадку хвороби мешканці сіл (72% проти 70% серед городян). Порівняно з 2017 р. міські жителі рідше стали звертатися до лікарів, про що вказали 70% респондентів (2017 р. — 75,1%), для сільського населення показник не змінився (68,2% (2017)÷72% (2018)).

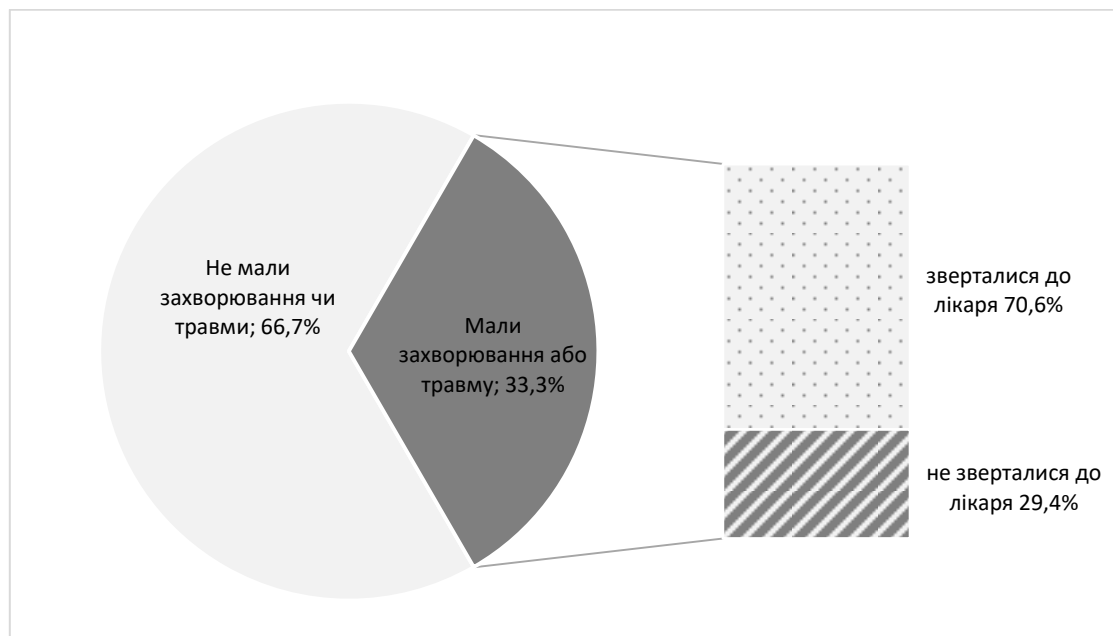


Рис. 2.1. Частка опитаних, які повідомили про захворювання, яке мали протягом останніх 12 місяців, та звернення до медичних працівників у зв'язку з цим досвідом

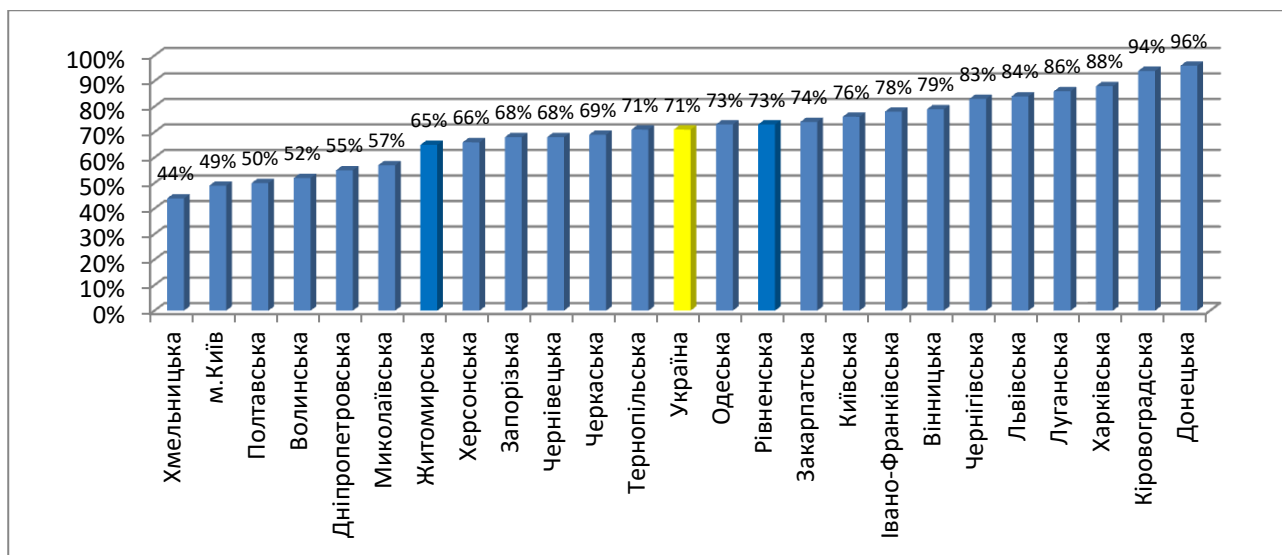


Рис. 2.2. Звернення до лікаря під час останнього захворювання, що трапилося за останні 12 місяців: розподіл за регіонами²⁵

2.3. Бар'єри в користуванні медичною допомогою

Основні перешкоди на шляху до медичної допомоги з'ясовувалися за допомогою запитання «Чому Ви не звернулися до лікаря? Назвіть не більше трьох причин».

Найпоширенішою причиною, чому населення України не звертається по фахову медичну допомогу в разі хвороби, було те, що в більшості випадків вони мали знайомі симптоми, які вже раніше доводилося лікувати (54,8%); 29,2% опитаних покладали сподівання на те, що хвороба мине і без медичної допомоги; 17% завадила очікувана висока вартість лікування, а 14,1% спинили великі черги до лікаря. Ще 10,0% не звернулися по допомогу через недовіру до медичних працівників (*табл. 2.5*).

Порівняно з попередніми роками основна причина «незвернення» до лікаря залишається незмінною: знайомі симптоми і досвід попереднього лікування 2018 р. вказали 54,8% опитаних (2016 р. — 57,5%, 2017 р. — 55,5%). Зросла частка тих, хто сподівався, що хвороба відступить сама, — 29,2% у 2018 р. проти 22,7% у 2017 р. та 25,3% у 2016 р. Бар'єр до медичної допомоги, як-от черги в лікарнях, загострився в 2017 р. (13,0% у 2016 р. та 19,5% у 2017 р.), знову дещо втратив актуальність (14,1% у 2018 р.). Недовіра до лікарів як причина відмови від лікарської допомоги залишилася на рівні попередніх років (11,2% у 2017 р. та 10,0% у 2018 р.). Вартість лікування сприймається як бар'єр дедалі меншою часткою пацієнтів (24,6% у 2016 р., 22,9% у 2017 р. та 17,0% у 2018 р.).

Таблиця 2.5. Причини незвернення до лікаря в разі хвороби чи травми, %

Регіон	В1.17. Чому Ви не звернулися до лікаря?
--------	---

²⁵Примітка: вилучена Сумська область з огляду на те, що показник даної області (100%) містить незначну кількість відповідей.

	<i>N</i>	Занадто дорого	Не довіряю медикам	Погане ставлення персоналу	Великі черги в лікарнях	Немає транспорт. сполучення	Знають, як лікувати, з попереднього досвіду	Не знають, до кого звернутися	Очікували, що хвороба пройде сама	Інші причини
Україна	1311	17,0	10,0	2,6	14,1	1,2	54,8	1,9	29,2	1,8
Вінницька	52	18,5	12,4	5,7	9,0	2,2	52,8	0,0	24,5	2,0
Волинська	84	2,3	1,6	0,0	32,5	0,0	63,6	0,0	58,1	0,0
Дніпропетровська	87	10,8	10,1	0,0	21,5	1,3	43,1	3,9	42,1	0,0
Донецька	9	18,7	11,0	0,0	13,5	0,0	52,5	0,0	15,3	0,0
Житомирська	50	4,6	0,5	5,9	29,0	0,3	53,0	0,0	35,3	0,0
Закарпатська	39	39,6	14,0	5,3	8,6	0,0	18,8	5,3	36,0	0,0
Запорізька	55	14,7	6,2	2,8	20,9	2,9	62,6	2,4	10,0	5,7
Івано-Франківська	30	15,0	12,0	12,3	6,0	0,0	34,6	9,1	41,5	0,0
Київська	60	31,1	11,9	6,3	14,8	0,0	57,8	0,0	27,5	5,8
Кіровоградська	32	2,6	7,2	0,0	0,0	5,3	68,0	0,0	21,3	3,4
Луганська	30	32,7	13,5	4,1	15,1	0,0	47,2	0,0	27,4	0,0
Львівська	27	12,4	0,0	5,1	0,0	0,0	62,6	0,0	31,2	11,9
Миколаївська	72	34,1	15,3	0,0	14,0	4,5	45,6	2,0	33,3	2,1
Одеська	58	23,2	24,3	1,4	16,3	0,0	68,5	6,3	30,7	4,0
Полтавська	103	5,1	3,3	2,5	6,5	0,0	89,8	0,0	18,3	2,8
Рівненська	47	11,0	10,1	2,7	6,7	1,3	54,6	0,0	30,7	2,9
Сумська	3	23,7	0,0	0,0	38,1	0,0	0,0	0,0	38,1	0,0
Тернопільська	19	0,0	3,9	3,8	12,4	0,0	51,8	0,0	60,4	4,1
Харківська	24	21,5	21,6	6,7	25,9	3,0	51,4	0,0	20,3	0,0
Херсонська	76	2,9	3,5	0,9	1,9	1,0	91,4	0,0	3,1	0,9
Хмельницька	136	18,6	33,6	6,4	10,5	2,3	27,0	1,3	10,9	0,0
Черкаська	57	12,1	3,5	0,0	4,9	4,7	70,2	1,7	35,3	5,9
Чернівецька	49	13,4	8,8	7,0	2,7	0,0	48,1	9,7	30,3	2,4
Чернігівська	21	12,1	0,0	0,0	12,1	6,2	59,6	0,0	18,0	0,0
м. Київ	91	29,9	3,6	0,0	9,7	0,0	49,9	1,7	31,7	0,0

Ми очікуємо, що дані наступних хвиль опитування дадуть змогу пов'язати покращення фінансової доступності лікування зі змінами в політиці оплати за медичні послуги (поки що таких підтверджень немає — докладніше про це в Розділах 3, 4 та 5). Окрім того, електронний запис на прийом до лікаря, який уже частково впроваджується, має вплинути на бар'єр у вигляді побоювання великих черг у поліклініках. Організаторам охорони здоров'я варто зосередити особливу увагу на підвищенні довіри до медичного персоналу, що спонукало б хворих звертатися до лікарів, замість того щоб очікувати, коли хвороба мине сама собою.

У зв'язку із незначною наповненістю груп, що аналізуються, порівняння показників у регіональному розрізі не проводилося. У розрізі соціально-демографічних характеристик були виявлені такі відмінності: чоловіки демонструють більшу недовіру до лікарів, ніж жінки (13,3% порівняно із 7,9%). Чоловіки також частіше за жінок сподіваються, що хвороба мине

сама (34,3% порівняно із 26,1%). Жителів міста частіше спиняють великі черги до лікаря, вони також частіше чекають на покращення без лікарської допомоги порівняно з тими респондентами, які проживають у сільській місцевості. Висока вартість лікування, очікувано, є найгострішим питанням для найбільш соціально вразливих категорій населення: старших вікових груп та малозабезпечених (*табл. 2.6*).

Таблиця 2.6. Причини незвернення до лікаря в разі хвороби чи травми: розподіл за статтю, віком, місцем проживання, освітою та доходом домогосподарства на особу, %

	N	Занадто дорого (послуги, ліки, транспорт)	Не довіряю медикам (кваліфікації)	Погане ставлення персоналу	Великі черги до лікаря	Транспорт- ного сполучення немає	Знають, як лікувати, з попереднього досвіду	Не знають, до кого зверну- тися	Очікували, що хвороба пройде сама	Інші причини
Україна	1311	17,0	10,0	2,6	14,1	1,2	54,8	1,9	29,2	1
СТАТЬ										
чоловік	369	15,1	13,3	2,7	15,1	0,5	50,4	2,6	34,3	1
жінка	942	18,1	7,9	2,5	13,5	1,6	57,5	1,5	26,1	1
ВІКОВА ГРУПА										
18–29 років	156	6,3	9,5	1,7	13,1	0,4	47,2	2,1	42,9	4
30–44 роки	294	15,6	9,5	2,6	13,2	0,5	55,3	2,5	33,8	0
45–59 років	352	18,2	11,2	2,7	16,0	1,7	56,9	1,8	23,0	1
60 років і більше	509	24,7	9,9	3,2	14,0	1,8	58,0	1,4	20,8	1
ТИП МІСЦЕВОСТІ										
міська	829	17,6	9,7	2,4	15,8	0,7	54,3	2,2	30,8	2
сільська	482	15,1	10,8	3,4	9,0	2,6	56,2	1,1	24,6	1
РІВЕНЬ ОСВІТИ										
початкова або неповна загальна середня	52	28,4	12,4	0,0	30,8	1,7	67,6	2,6	18,2	0
повна загальна середня	306	25,6	9,1	2,7	6,7	1,8	54,8	2,5	32,0	1
професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	275	20,1	9,9	3,3	15,8	2,3	47,3	2,1	29,0	0
неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	399	14,0	9,5	1,9	15,1	0,9	57,7	0,8	30,3	1
базова вища (бакалавр)	52	10,9	6,0	7,8	15,0	0,0	52,1	7,2	24,6	1
повна вища (спеціаліст, магістр)	221	10,5	13,0	1,9	15,6	0,0	56,3	1,1	27,4	3
науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)	6	0,0	0,0	0,0	19,7	0,0	55,5	5,6	38,9	0
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ										
до 1000 грн	96	23,3	6,9	4,6	13,3	2,9	46,8	0,0	22,2	2
1001–1500 грн	169	19,9	8,5	1,6	11,6	4,6	61,8	1,1	16,4	2
1501–2000 грн	272	15,3	6,8	4,4	10,8	1,3	59,0	0,7	24,8	0
2001–2500 грн	121	13,2	8,7	3,4	11,7	0,4	59,7	3,2	28,4	1
понад 2500 грн	283	16,5	8,0	2,1	14,9	0,2	51,9	2,7	36,1	1

2.4. Догляд за людьми, які потребують довготривалого догляду

Новий розділ опитування 2018 р. стосувався питань догляду за особою або особами, які не можуть самостійно про себе потурбуватися через довготривалу або невиліковну хворобу, тяжку травму чи немічність. Ідентифікували сім'ї, яким доводилося доглядати за довготривалими хворими, за допомогою запитання *«Протягом останніх 12 місяців хто-небудь із членів Вашого домогосподарства здійснював або організовував догляд за особою чи особами, які не можуть самостійно про себе потурбуватися через довготривалу або невиліковну хворобу, тяжку травму або немічність?»*.

Так, впродовж 12 місяців, що передували опитуванню, членам домогосподарств 6,1% ($N = 667$) опитаних доводилося здійснювати або організовувати такий догляд. При цьому 1,0% ($N = 117$) випадків стосувався ситуацій, коли сам респондент був тією особою, яка потребувала догляду. З необхідністю доглядати за немічною особою стикаються сім'ї всіх категорій опитаних, однак найчастіше — люди старшого віку та з найбідніших домогосподарств (*табл. 2.7*).

Якщо осіб, які потребують довготривалого догляду, було кілька в одному домогосподарстві, то подальші запитання стосувалися останнього випадку.

Серед тих осіб, за котрими останнім часом домогосподарства опитаних здійснювали догляд, 3,9% становили діти віком до 15 років, 42,1% — особи віком 16–74 роки та 54,0% — люди віком 75 років і старші. Отже, найчастіше потребують довготривалого догляду найстарші категорії населення (медіанний вік осіб, за якими домогосподарству доводилося організовувати догляд, становив 78 років).

У середньому члени такого домогосподарства *витрачають близько 30 годин на тиждень власного часу* на догляд за людиною з потребою в тривалому догляді (враховуючи закупки продуктів, прибирання, приготування їжі, прання, догляд, купівлю ліків, організацію медичної допомоги тощо). Лише 1,7% ($N = 9$) зовсім не витрачали власний час на подібні завдання. Отже, абсолютна більшість людей в Україні, чийі сім'ї стикаються з необхідністю доглядати за близькими, залучаються до цього самі, замість того щоб цілком перекладати такі функції на найманих доглядальників. Частково це може бути наслідком того, що з подібними викликами частіше стикаються найбідніші домогосподарства (це можуть бути, наприклад, літні пари).

Лише 5,4% ($N = 31$) тих, хто має нещодавній досвід тривалого догляду, *мали витрати на послуги доглядальниці та/або медсестри*: середні щотижневі витрати таких домогосподарств на подібні послуги становили 1037 грн. Ще 18,6% ($N = 112$) нічого за такі послуги не сплачували. Більшості ж (76,1%) не доводилося винаймати помічників у догляді.

Таблиця 2.7. Розподіл відповідей на запитання «Протягом останніх 12 місяців хто-небудь із членів Вашого домогосподарства здійснював або організовував догляд за особою чи особами, які не можуть самостійно про себе потурбуватися через довготривалу або невиліковну хворобу, тяжку травму або немічність?».

Відповіді на питання анкети C22	N	%
Загалом	667	6,1
<i>У тому числі: сам респондент є такою особою</i>	<i>117</i>	<i>1,0</i>
СТАТЬ		
чоловік	180	5,1
жінка	487	6,8
ВІКОВА ГРУПА		
18–29 років	47	3,0
30–44 роки	150	5,3
45–59 років	207	7,5
60 років і більше	263	7,8
ТИП МІСЦЕВОСТІ		
міська	430	6,1
сільська	237	6,0
РІВЕНЬ ОСВІТИ		
початкова або неповна загальна середня	49	10,8
повна загальна середня	137	5,9
професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	122	5,8
неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	185	5,7
базова вища (бакалавр)	36	6,7
повна вища (спеціаліст, магістр)	134	5,8
науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)	4	21,1
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ		
до 1000 грн	72	9,3
1001–1500 грн	91	6,5
1501–2000 грн	158	7,1
2001–2500 грн	73	7,6
понад 2500 грн	112	4,2

Майже така ж частка опитаних (5,7%, $N = 38$) *користувалася послугами соціальних служб* для отримання послуг із прибирання, прання, закупівлі продуктів для важкохворої або немічної особи, якою опікувалося домогосподарство.

Про відсутність *потреби в медичній допомозі* для пацієнта з довготривалими станами повідомили набагато менше опитаних — лише 22,0% ($N = 144$). Найчастіше по таку допомогу зверталися до сімейного лікаря (47,9%, $N = 326$), дещо рідше — до невідкладної допомоги (29,7%, $N = 202$) та стаціонару (27,1%, $N = 189$).

Відповідно до повідомлень опитаних майже у третині випадків (32,1%) хворий *потребував сильнодіючих (наркотичних) знеболювальних засобів*, при цьому 9,6% ($N = 66$) не змогли їх отримати. Серед тих 21,2%, хто зміг отримати такі ліки, найчастіше родини купували їх самостійно за рецептом лікаря (13,4%), рідше — отримували за рецептом безкоштовно (5,7%): або від самого лікаря (2,4%), або в інший спосіб (1,8%).

2.5. Високий тиск та контроль за ним

У 2018 р. дослідницький інструмент включав такі запитання: «Чи маєте Ви гіпертонічну хворобу (підвищений тиск)?» Результати дослідження 2018 р. вказують на те, що 21% опитаних зазначили, що вони хворіють на гіпертонічну хворобу (*рис. 2.3*), і ми можемо спостерігати повільне та незначне зменшення частки таких хворих протягом останніх двох років.



Рис. 2.3. Частка хворих на гіпертонічну хворобу за самооцінкою респондентів у 2016–2018 роках

У регіональному розрізі за часткою хворих на гіпертонічну хворобу найбільше виділяється Черкаська область, у якій і у 2017 р. спостерігався найбільший відсоток тих, хто має артеріальну гіпертензію. До областей із високою часткою хворих на гіпертонію належать також Луганська, Київська, Житомирська, Полтавська та Чернігівська області. Найменший

же рівень поширення захворювання на гіпертонію у Волинській, Одеській, Хмельницькій областях та місті Києві (рис. 2.4).

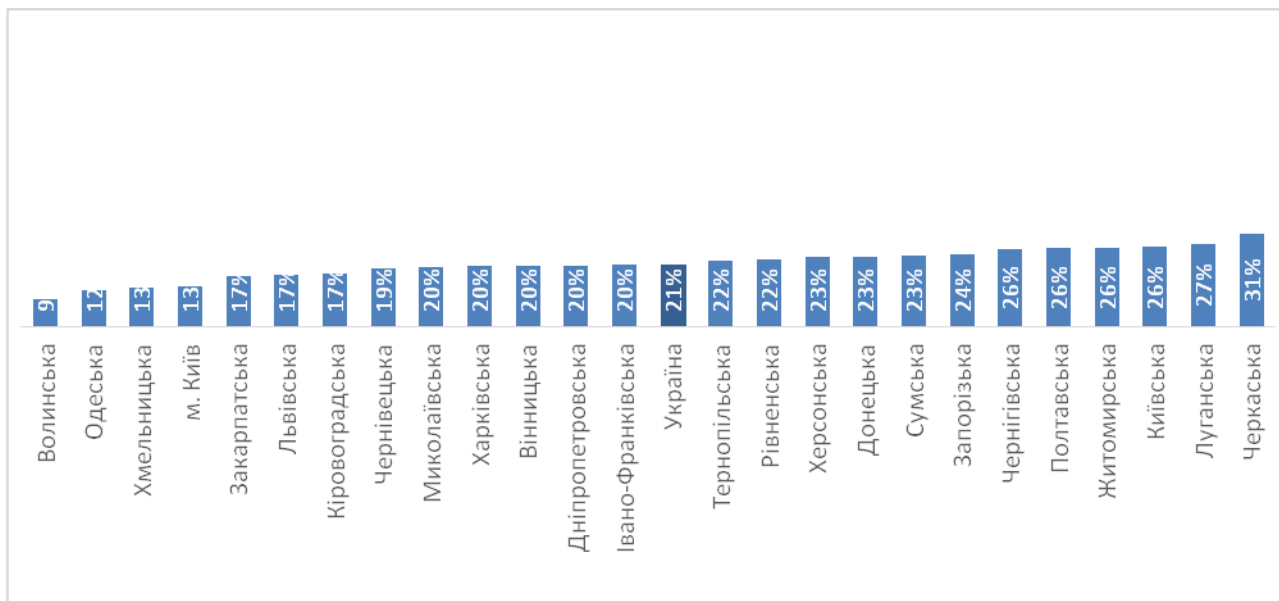


Рис. 2.4. Частка хворих на гіпертонічну хворобу за самооцінкою респондентів: розподіл за регіонами

У 2018 р. жінки повідомляють про гіпертонічну хворобу та підвищений тиск вдвічі частіше, ніж чоловіки (27% проти 13% відповідно). Найпоширеніша ця патологія в людей працездатного (45–59 років) та похилого (60 років і більше) віку: 23% та 49% відповідно (рис. 2.5).

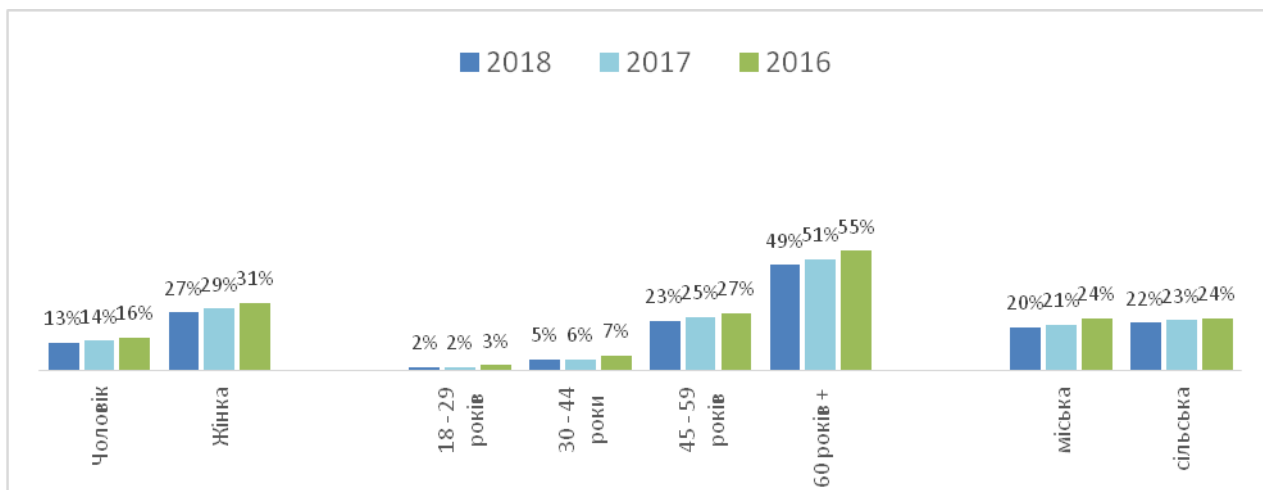


Рис. 2.5. Частка хворих на гіпертонічну хворобу за самооцінкою респондентів: розподіл за статтю, віком і типом поселення у 2016–2018 роках

Спостерігаються зміни в поширенні гіпертонічної хвороби серед людей із різним рівнем доходів. Протягом двох останніх років відбулося покращення ситуації в групі із

найвищими доходами (понад 2500 на особу) та із доходами, нижчими від середнього (1001–1500 грн). Водночас ситуація в групі найбідніших не змінилася, а в людей із середнім і трохи вищим за середній дохід поширення гіпертонічної хвороби навіть зростає (*рис. 2.6*).

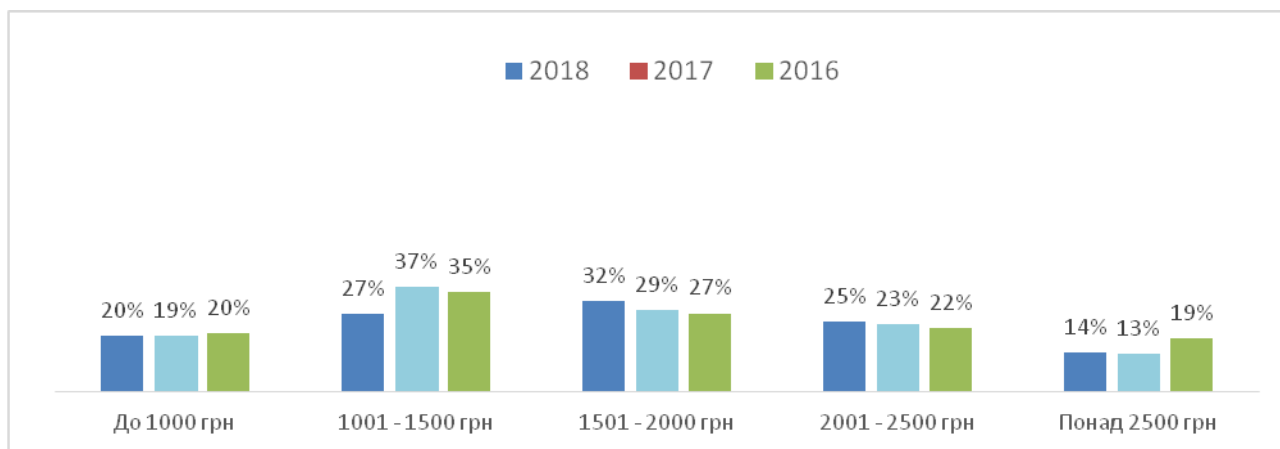


Рис. 2.6. Частка хворих на гіпертонічну хворобу за самооцінкою респондентів: розподіл за доходом домогосподарства на одну особу у 2016–2018 роках

Дослідження «Індекс здоров'я 2018» показало, що з 9591 респондента, які дали відповідь на запитання «Як часто Ви вимірюєте артеріальний тиск?» (*рис. 2.7*), 65% відповіли, що вони вимірювали тиск протягом останнього року (78% в 2017 р.), а 17% — ніколи. Із загальної кількості респондентів ($N = 9705$) 24% зазначили, що мають високий тиск (34% в 2017 р.), 6% — низький, а решта — «нормальний». Загалом 27% із початкової групи вказують (32% в 2017 р.), що лікар повідомляв їм про те, що в них високий тиск, і ще 23% отримали консультацію лікаря щодо лікування високого тиску. Близько 14% вважають, що змогли досягнути стабілізації тиску, і разом з тим 5% частково стабілізували, але приймають ліки лише в разі суттєвого підвищення тиску (12% та 10% відповідно в 2017 р.).



Рис. 2.7. Виявлення високого тиску та контроль над ним

Контроль артеріального тиску (АТ) в популяції вважається одним із провідних напрямів у системі не лише лікування, а й профілактики серцево-судинних захворювань. У нашому дослідженні ми також виявили (а) частку осіб, які вимірювали свій тиск та (б) які робили кардіограму з профілактичною метою за останні 12 місяців (*рис. 2.8*). Артеріальний тиск вимірює переважна більшість (83% в Україні). Найвищий показник у Києві (99%), Івано-Франківській (95%), Рівненській (95%) та Київській (94%) областях, а найнижчий — у Харківській (53%), Донецькій (58%) та Волинській (65%). Електрокардіографію з профілактичною метою за останні 12 місяців робили лише 42% респондентів: найменше — у Києві (20%), Кіровоградській (21%) та Хмельницькій (28%) областях, найбільше — в Житомирській і Чернігівській (60%), а також Полтавській (65%).

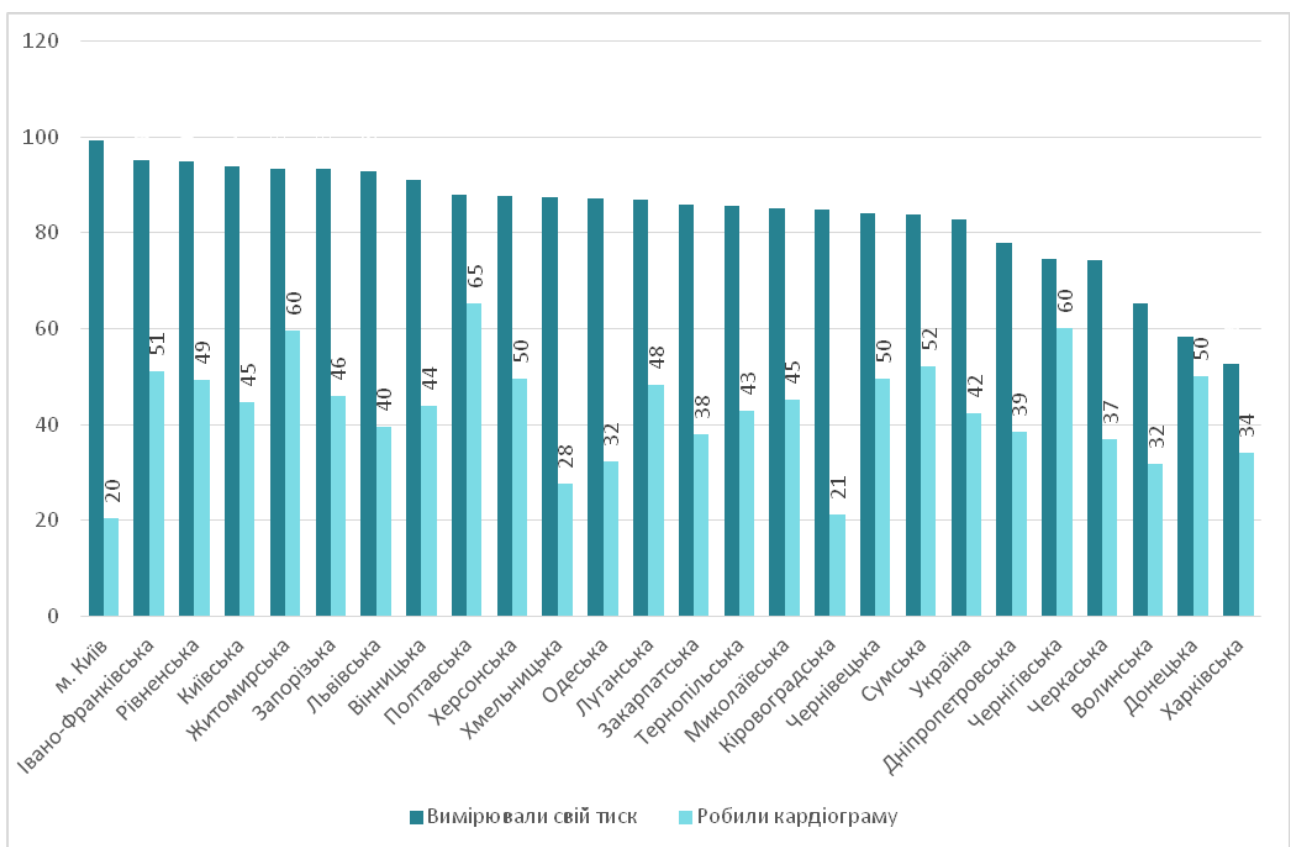


Рис. 2.8. Порівняння вимірювання артеріального тиску та проходження електрокардіографії з профілактичною метою

Як вказувалося вище, 83% населення знають показники свого АТ, а серед міського населення нашої країни — 82%, серед сільського — 85%, 77% чоловіків і 88% жінок. З віком поступово зростає обізнаність респондентів про свій АТ: якщо в 18–29 років знають свій АТ більше 71% респондентів, то у віковій категорії 60 років і більше цей показник — 92% (*рис. 2.9*).

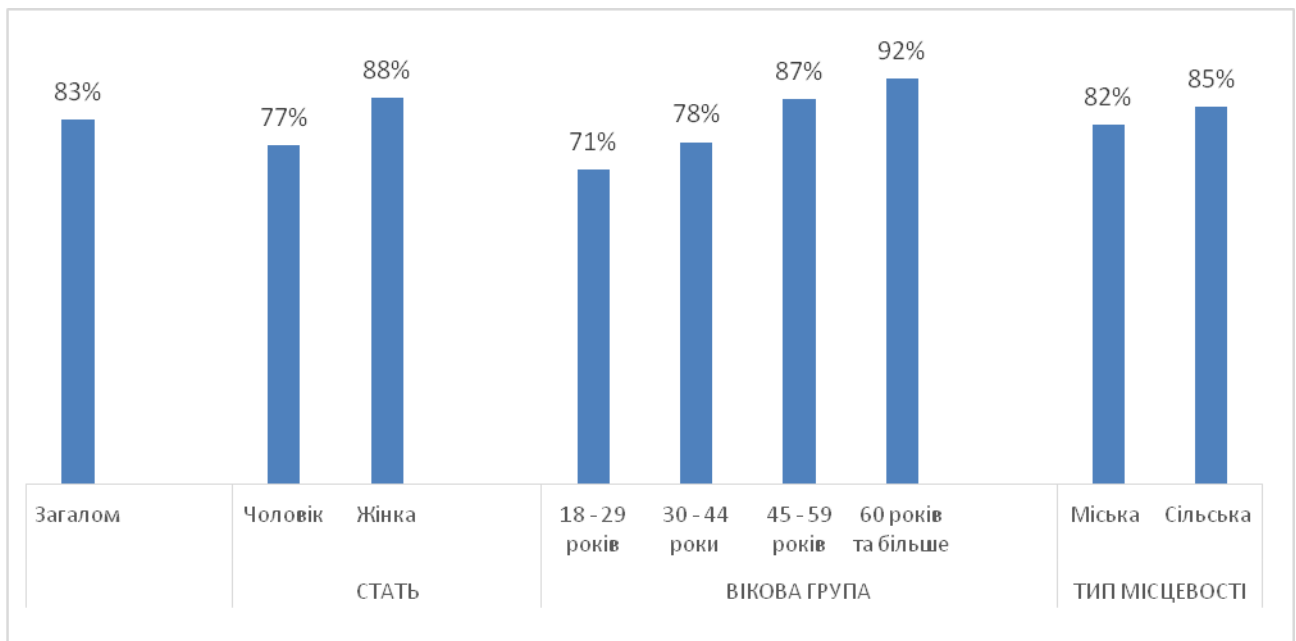


Рис. 2.9. Соціально-демографічний профіль тих, хто знає свій артеріальний тиск

Особливо актуальним з точки зору профілактичної поведінки населення є не лише знання АТ, а й його оцінка, адже саме це визначає і прихильність до лікування, і активні дії щодо модифікації способу життя (**рис. 2.10**). Наше дослідження показало, що лише 55% опитаних називають фактичні показники тиску, які збігаються з їх суб'єктивною оцінкою норми, ще 24% не знають рівень свого тиску, а майже кожен п'ятий опитаний дає хибну суб'єктивну оцінку: 6% вказують нормальні показники, які вважають високими, а 15% респондентів вказують високі показники, які помилково вважають нормальними. Це свідчить про недостатню просвітницьку роботу серед населення та байдуже ставлення до власного здоров'я.

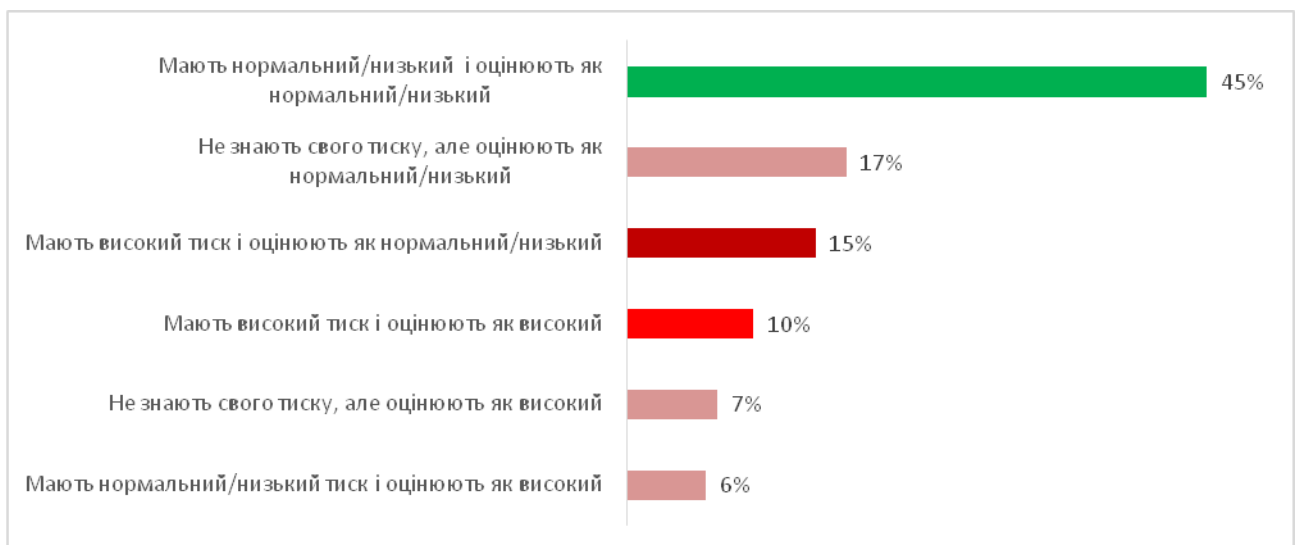


Рис. 2.10. Порівняння суб'єктивної оцінки тиску зі знанням свого тиску

Серед усіх респондентів ($N = 9705$) 24% звітують про підвищений тиск, при цьому 23% отримали консультацію лікаря щодо лікування високого тиску. Загалом 14% вважають, що змогли досягнути стабілізації тиску, і разом з тим 5% частково стабілізували, але приймають ліки лише в разі суттєвого його підвищення.

Консультавання з питань лікування підвищеного тиску здебільшого здійснюється лікарями загальної практики та в 2,7 раза рідше — вузькими спеціалістами, такими як кардіолог, невропатолог, ендокринолог тощо (рис. 2.11).

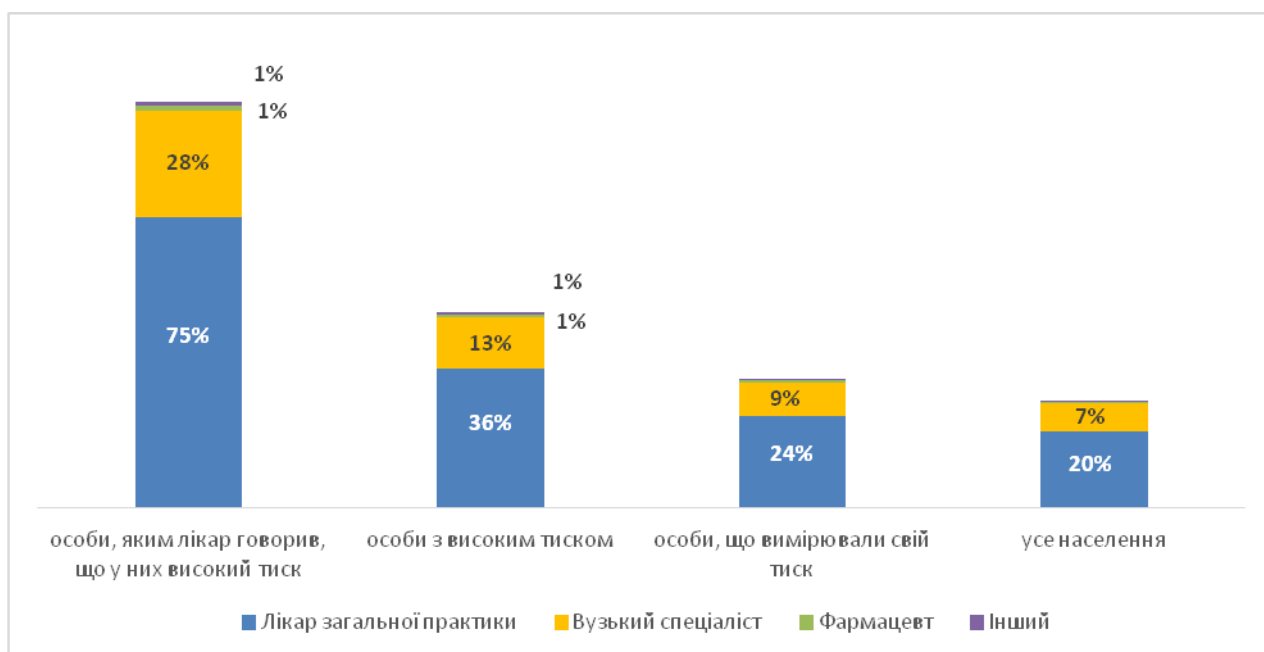


Рис. 2.11. Досвід отримання консультацій від лікаря з питань лікування підвищеного тиску

Більшість заходів для зниження артеріального тиску стосуються медикаментозного лікування, і значно менше використовуються модифікації способу життя. У разі діагностування лікарем високого тиску зростає застосування всіх способів впливу, а особливо медикаментозного лікування. Однак 7% людей з високим тиском навіть після вказівки лікаря не вживають жодних заходів для подолання хвороби (рис. 2.12).

Важлива умова протидії серцево-судинним захворюванням, особливо коли дане захворювання вже є у пацієнта, — це прихильність до лікування. Майже третина (31,7%) опитаних, які зазвичай приймають ліки для зниження тиску, протягом останнього місяця зовсім не приймали їх або приймали лише частково. Основною причиною відмови від ліків є їх занадто висока ціна (41%). Також до об'єктивних причин можна віднести відсутність доступу (12%). Одночасно звертає на себе увагу той факт, що значна частина (25–27%) не приймає належних ліків через дуже суб'єктивні причини, а саме забудькуватість, побоювання побічних ефектів або відчуття, що періодичного лікування буде достатньо (рис. 2.13).

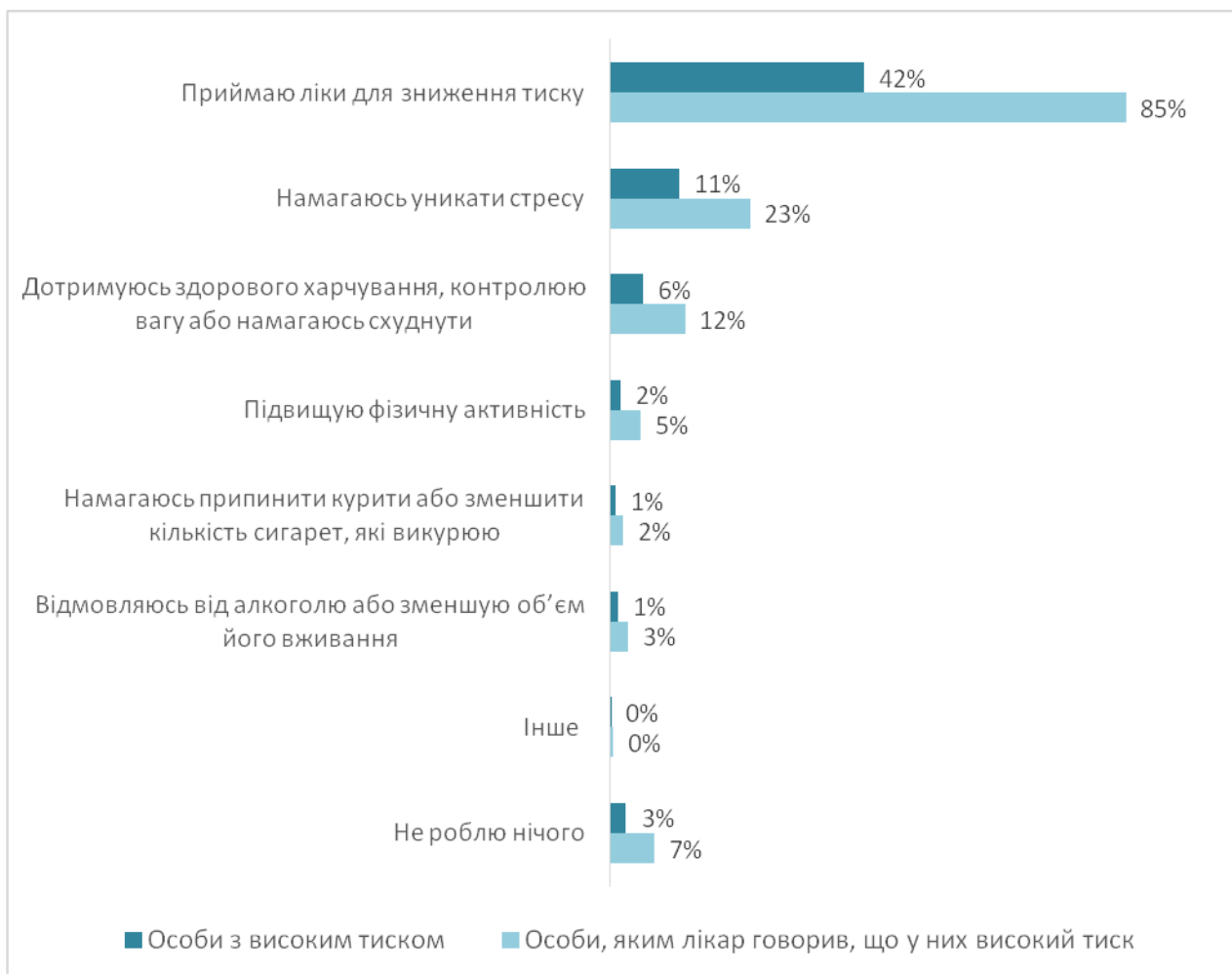


Рис. 2.12. Досвід вживання заходів для зниження артеріального тиску протягом трьох останніх місяців

Найбільш впливовим серед факторів, які допомагають дотримуватись курсу чи режиму лікування, є покращення самопочуття (75% згадувань). Суттєвою також є підтримка родини, друзів (23% згадувань). На підтримку та мотивацію з боку працівників охорони здоров'я вказали 5% опитаних, що потребують медикаментозного лікування для зниження тиску. Інше згадувалося не більш ніж 1% респондентів даної групи.



Рис. 2.13. Причини відмови від регулярного прийому ліків для зниження тиску

У 2017 р. в Україні запровадили програму «Доступні ліки», яка, серед іншого, мала на меті забезпечити хворих на гіпертонічну хворобу ліками з доведеною ефективністю. Дані опитування 2018 р. показують, що програмою «Доступні ліки» скористалось близько 40% хворих на гіпертонію (у 2017 р. таких було менше 21%). Оцінка даної програми і досвід отримання ліків за Програмою наведені на *рис. 3.14*.



Рис. 3.14. Досвід отримання ліків за програмою «Доступні ліки» серед осіб з гіпертонічною хворобою, яким вдалося або не вдалося досягнути стабілізації тиску

По цілому ряду важливих показників хворі на гіпертонію, яким вдалося стабілізувати свій тиск, демонструють вищу залученість до програми «Доступні ліки», ніж ті, кому це не вдалося. Так, більш успішні в лікуванні гіпертонії респонденти частіше чули від лікарів пропозицію скористатися програмою «Доступні ліки», змогли повністю отримати необхідні ліки, навіть безкоштовно, і більше схильні вважати, що програма скоріше допомогла їм покращити свій стан здоров'я, ніж ті люди з підвищеним тиском, кому не вдалося його стабілізувати.

Таким чином, незважаючи на те, що серцево-судинні захворювання є провідною причиною смертності та інвалідності у світі, особливо з огляду на тенденції старіння населення планети, українці досі мають значні бар'єри до виявлення та лікування хвороб, яких можна було б уникнути або підтримувати добре самопочуття, не даючи хворобі розвиватися далі.

За даними ВООЗ, з 56,9 млн випадків смерті в усьому світі у 2016 р. більше половини (54%) були викликані 10 причинами, лівова частка з яких належить саме серцево-судинним захворюванням²⁶. За оцінками ВООЗ, у 2016 р. від серцево-судинних захворювань загинуло 17,9 млн осіб, що склало 31% усіх випадків смерті у світі; 85% цих смертей виникли внаслідок інфаркту та інсульту. Протягом останніх 15 років ці захворювання залишаються

²⁶ <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

провідними причинами смерті у світі²⁷. Окрім цього, дані систематичних оглядів наукової й аналітичної літератури свідчать про захворювання системи кровообігу як значний тягар для систем охорони здоров'я та державних бюджетів. Україна ж посідає перше місце в Європі і друге місце в світі за смертністю від серцево-судинних захворювань²⁸. За даними офіційної статистики, майже 67% смертності населення України спричинюється серцево-судинними захворюваннями. Для порівняння, частка смертності від серцево-судинних хвороб у Білорусії — 48%, у Росії — 37%, у Польщі — 27%, у Німеччині — 20%²⁹. Переважно це люди працездатного віку — в останні роки різко зріс рівень смертності серед людей найбільш продуктивного віку — від 30 до 59 років. За даними Європейського кардіологічного товариства, українські чоловіки відносно молодого віку (30–44 роки) помирають у шість разів частіше, ніж їхні однолітки з країн ЄС³⁰. Загалом в Україні через серцево-судинні захворювання в 2017 р. померло близько 385 тис. громадян (на другому місці онкологія — понад 78 тис.).

Це свідчить про занадто низьку культуру профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань і, найголовніше, відсутність або низький рівень відповідальності населення за своє здоров'я. За даними Європейського кардіологічного товариства, 80% інфарктів та інсультів можна запобігти³¹.

Саме тому в дослідженнях 2017 та 2018 років була приділена особлива увага поведінці людей з хворобами систем кровообігу. Ми з'ясовуємо рівень обізнаності населення щодо симптомів інсульту й визначаємо типові «сценарії» поведінки в разі хвороби. Дослідження «Індекс здоров'я» було спрямоване в таких напрямках: (а) загальна обізнаність зі станом свого артеріального тиску; (б) поведінковий аспект — що роблять респонденти в разі підвищеного тиску та чи дотримуються рекомендацій лікаря (в) забезпечення ліками.

²⁷ [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

²⁸ <https://www.worldlifeexpectancy.com/>

²⁹ Скільки коштують інфаркт та інсульт? Уряд дає 200 млн на медичний експеримент: <https://glavcom.ua/publications/skilki-koshtuje-infarkt-ta-insult-uryad-daje-200-mln-na-medichniy-eksperiment-422528.html>

³⁰ Скільки коштують інфаркт та інсульт? Уряд дає 200 млн на медичний експеримент: <https://glavcom.ua/publications/skilki-koshtuje-infarkt-ta-insult-uryad-daje-200-mln-na-medichniy-eksperiment-422528.html>

³¹ http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/ru/

РОЗДІЛ 3. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Основні результати:

- Лише третина (33%) дорослих українців зверталися по амбулаторну допомогу через проблеми зі здоров'ям протягом 12 місяців перед проведенням опитування. Ця частка зменшилася порівняно з попередніми роками (становила 36% у 2016 р. та 37% у 2017 р.).
- Найбільша частка респондентів, які зверталися протягом минулого року через проблеми зі здоров'ям по амбулаторну допомогу, була в Житомирській (51%) області та найменша — у Волинській (14%).
- Основними причинами звернення під час останнього амбулаторного візиту були хвороби органів дихання (30,7%) та хвороби системи кровообігу (25,2%).
- Двоє з п'яти респондентів, які отримували допомогу у вузького спеціаліста, мали до нього направлення (41,7%), що є у 1,5–2 рази більше, ніж у попередні роки.
- Частка пацієнтів, яким надавали амбулаторну допомогу лікарі загальної практики — сімейної медицини, становила 34,8% порівняно з 28,6% у 2017 р. та 23,6% у 2016 р. Частка осіб, які отримували під час останнього візиту амбулаторну допомогу в дільничного терапевта або вузького спеціаліста, відповідно, зменшується кожного року.
- У цілому 17,3% споживачів амбулаторної допомоги отримували її не в того лікаря або не в тому закладі, до якого вони прикріплені. Найбільшою ця частка була у Хмельницькій області (32,8%) і найменшою — у Волинській (2,3%).
- 22,1% споживачів амбулаторної допомоги відмовлялися від неї хоча б один раз протягом останнього року через брак коштів. Ця частка зменшилася порівняно з попередніми роками з 27,8% у 2017 р. та 39,0% у 2016 р.
- Загалом отриману амбулаторну допомогу як «добру» або «дуже добру» оцінили 34% споживачів. Найбільшою ця частка була в Тернопільській області (66%) та найменшою — у Сумській (9%).

Первинна ланка є серцем ефективної системи охорони здоров'я. Лікарі загальної практики — сімейної медицини мають найбільший потенціал запобігати, вчасно виявляти та контролювати стан здоров'я людей. Також усі інтервенції на рівні первинної ланки є найменш вартісними, проте зберігають велику кількість ресурсів системи охорони здоров'я в майбутньому.

В Україні реформування первинної ланки тільки почалося. Важливим тут є також відстежувати зміни сприйняття якості амбулаторної допомоги, які відбуваються серед її споживачів, та зміни витрат і фінансової доступності. У викладених нижче підрозділах описано останній досвід отримання амбулаторної допомоги її споживачами, а також наведено порівняння з результатами опитування попередніх років та між областями України.

3.1 Звернення по амбулаторну допомогу

У середньому 33,3% дорослих українців зверталися по амбулаторну допомогу хоча б один раз протягом минулого року через проблеми зі здоров'ям (*рис. 3.1*). Середня кількість візитів на одного респондента, який звертався по амбулаторну допомогу протягом минулого року, становила 2,3 візиту. Частка респондентів, які зверталися по амбулаторну допомогу через проблеми зі здоров'ям протягом року перед проведенням опитування, коливалася від 13,7% у Волинській області до 50,8% у Житомирській. Середня кількість візитів серед тих, хто звертався по амбулаторну допомогу, коливалася від 1,4 візиту в Кіровоградській та Харківській областях до 3,3 у Сумській та Житомирській. Порівняно з опитуваннями попередніх років частка респондентів, які зверталися по амбулаторну допомогу, дещо зменшилася (з 35,8% у 2016 р. та 36,6% у 2017 р. до 33,3% у 2018 р.), а середня частка візитів не змінилася (2,2 візиту у 2016 р.; 2,4 візиту у 2017 р. та 2,3 візиту у 2018 р.).

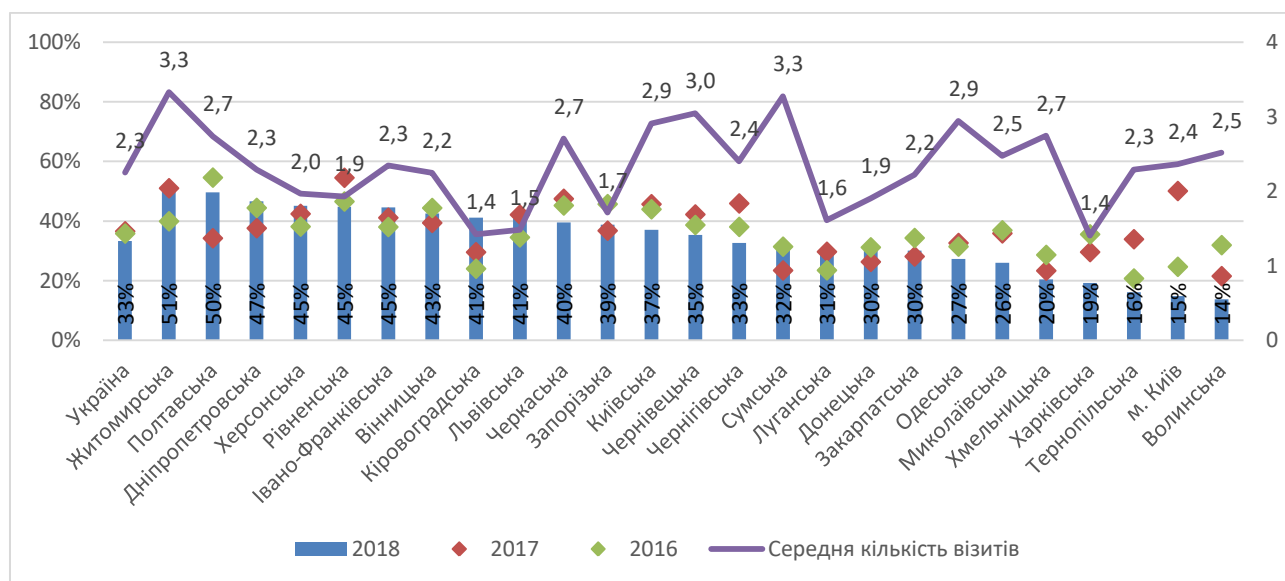


Рис. 3.1. Частка респондентів, які зверталися по амбулаторну допомогу протягом 12 місяців перед проведенням опитування через проблеми зі здоров'ям у 2018, 2017 та 2016 роках, та середня кількість візитів на одного респондента серед тих, хто звертався по амбулаторну допомогу протягом минулого року ($N = 9865$)

Найпоширенішими причинами звернення по амбулаторну допомогу останнього разу були хвороби органів дихання (30,7%) та хвороби системи кровообігу (25,2%). Третє і четверте місця посідали травми, отруєння та інші наслідки зовнішніх причин (6,4%) і хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,9%). Усі інші причини становили менше п'яти відсотків кожна. Для майже десяти відсотків споживачів амбулаторної допомоги (9,9%) діагноз ще не був встановлений на момент останнього візиту (*рис. 3.2, табл. 3.1*).

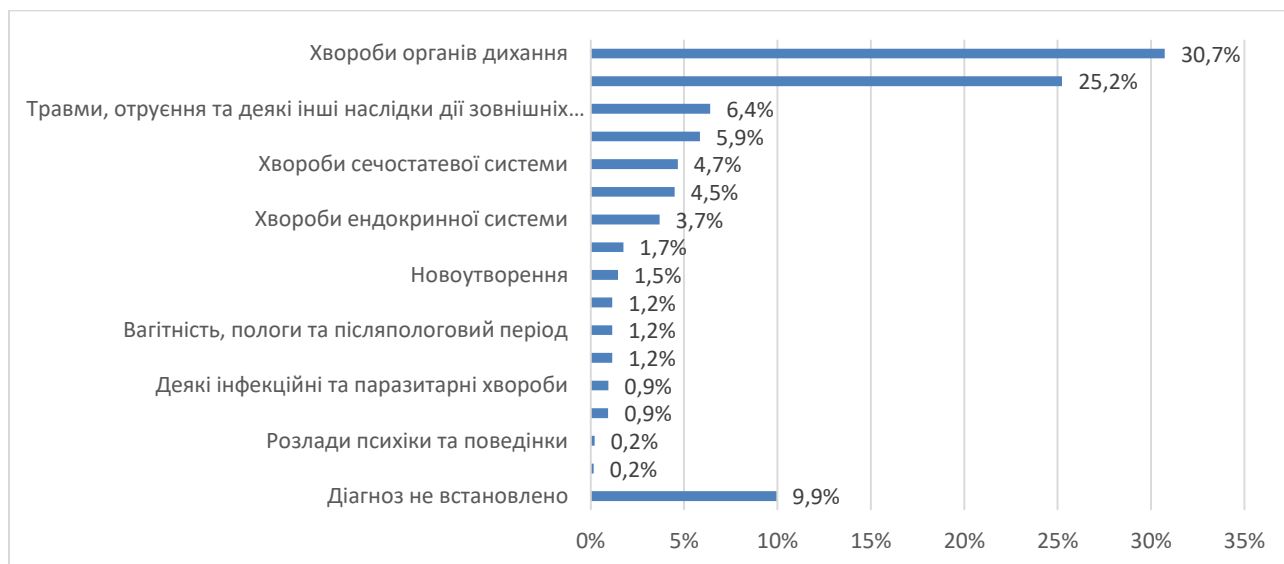


Рис. 3.2. Причини останнього амбулаторного візиту (N = 3234)

3.2 Вибір надавача медичної допомоги

Останній амбулаторний візит у 35% робили до лікаря загальної практики — сімейної медицини, 29% — до дільничного терапевта, 34% — до вузького спеціаліста і ще 2% — до особистого лікаря (**рис. 3.3**).

Найбільша частка українців зверталася під час останнього амбулаторного візиту до лікаря загальної практики — сімейного лікаря у Волинській області (68,5%), і, відповідно, найменша частка мешканців цієї області зверталася до всіх інших надавачів амбулаторних послуг. Серед мешканців Харківської та Кіровоградської областей, навпаки, була найменша частка тих, хто відвідував лікаря загальної практики (13,6% та 11,0% відповідно) та найбільша тих, хто отримував амбулаторну допомогу в дільничного терапевта (55,4% та 50,1% відповідно). Серед хмельничан була найбільша частка відвідувачів особистого лікаря (6,7%) та друге місце після мешканців Івано-Франківської області (51,4%) — вузького спеціаліста (48,1%).

Порівняно з 2016 та 2017 роками постійно зростає частка українців, які отримують амбулаторну допомогу в лікаря загальної практики — сімейного лікаря (23,6% у 2016 р., 28,6% у 2017 р. та 34,8% у 2018 р.), та зменшується частка тих, хто відвідує дільничного терапевта та вузького спеціаліста (**рис. 3.4**).

Серед тих, хто звертався до вузького спеціаліста, 41,7% мали направлення до нього від сімейного / дільничного лікаря (**рис. 3.5**). Ця частка зросла порівняно з попередніми роками: так, у 2017 р. вона становила 28,5%, а в 2016 р. — 20,9%. За областями, частка відвідувачів вузького спеціаліста з направленням від сімейного / дільничного лікаря становила від 60,2% у Дніпропетровській області до 11,5% у Вінницькій.

Таблиця 3.1. Причини останнього амбулаторного візиту: розподіл за регіонами, %

Region	N	Діагноз не встановлено	Хвороби системи кровообігу	Хвороби органів дихання	Вагітність, пологи та післяпологовий період	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	Хвороби сечостатевої системи	Новоутворення	Хвороби ендокринної системи	Хвороби нервової системи	Хвороби ока та придаткового апарату	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	Хвороби вуха та соскоподібного відростка	Розлади психіки та поведінки	Хвороби крові і кровотворних органів	Хвороби органів травлення
Україна	3234	9,9	25,2	30,7	1,2	5,9	6,4	4,7	1,5	3,7	1,7	1,2	0,9	1,2	0,9	0,2	0,2	4,5
Вінницька	161	19,1	19,3	31,9	0,0	6,2	6,1	4,5	1,1	1,2	2,9	2,1	1,5	0,5	0,0	0,5	0,0	3,1
Волинська	47	8,4	15,3	41,1	8,3	4,8	8,6	0,0	0,0	3,1	4,1	0,0	1,8	1,5	0,0	1,5	0,0	1,5
Дніпропетровська	154	20,0	22,7	26,6	0,5	2,6	11,5	3,3	1,5	1,4	0,0	0,0	0,4	1,8	2,2	0,5	0,0	5,1
Донецька	118	5,1	32,0	32,2	1,2	6,6	4,9	4,0	0,0	3,9	1,2	1,2	1,3	0,0	0,0	0,0	0,7	5,8
Житомирська	157	5,1	32,4	22,8	5,6	4,0	3,0	10,1	5,4	2,6	0,1	0,0	3,4	0,3	0,6	0,0	0,0	4,7
Закарпатська	112	5,9	26,2	28,0	0,0	10,2	6,9	2,1	0,0	5,9	1,4	1,6	1,1	0,0	2,5	0,0	0,0	8,1
Запорізька	140	14,9	18,0	27,4	0,9	8,4	7,0	5,4	0,7	2,3	3,2	1,1	1,0	2,2	0,0	0,0	0,0	7,5
Івано-Франківська	156	17,1	13,9	29,2	0,7	8,9	8,1	4,9	0,0	1,5	3,5	1,5	1,6	3,5	2,2	0,0	0,0	3,3
Київська	130	11,2	28,2	31,6	1,2	2,2	5,4	5,0	0,0	3,3	0,7	1,7	0,0	2,1	3,5	0,0	0,6	3,4
Кіровоградська	170	7,8	32,8	17,7	1,1	5,2	6,8	5,6	0,4	10,2	5,2	1,2	0,4	0,6	0,0	0,0	0,0	4,9
Луганська	133	11,9	40,8	8,8	0,0	7,0	5,2	5,6	5,5	3,1	1,2	2,4	1,2	1,5	1,8	0,0	0,0	3,8
Львівська	161	5,2	18,3	45,4	0,0	5,7	7,1	5,3	0,0	3,6	1,0	0,0	0,0	1,2	1,0	1,0	0,5	4,9
Миколаївська	84	5,7	24,2	24,4	0,0	6,6	3,9	2,1	3,1	10,0	0,0	3,7	0,0	3,5	0,8	0,0	1,0	11,0
Одеська	107	18,8	27,0	25,0	0,9	3,9	7,8	3,2	1,2	3,6	1,9	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7
Полтавська	185	5,1	23,0	41,3	4,1	6,2	3,6	4,2	1,6	1,6	1,7	1,2	0,4	3,0	0,8	0,0	0,0	2,4
Рівненська	168	7,1	14,6	41,1	3,2	6,0	7,1	4,7	0,0	5,4	2,6	2,2	0,5	0,4	2,6	0,0	0,0	2,5
Сумська	123	22,3	34,0	28,4	0,7	4,3	0,7	0,7	0,7	3,5	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7
Тернопільська	62	6,7	16,6	35,9	0,0	9,6	3,7	1,4	4,0	2,4	3,9	2,9	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	10,1
Харківська	74	3,3	25,4	40,5	0,0	4,9	7,4	4,8	2,9	4,4	0,0	1,3	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3
Херсонська	192	3,2	23,6	25,6	0,7	11,3	9,7	7,8	3,3	2,8	2,6	1,2	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	6,5
Хмельницька	73	3,9	28,4	26,3	0,0	11,5	7,3	0,0	1,2	6,0	1,6	1,7	3,1	4,7	0,0	0,8	0,0	3,3
Черкаська	154	5,5	27,7	26,9	2,1	5,5	7,9	6,7	0,0	3,8	5,8	1,9	0,6	0,7	0,0	0,0	0,6	4,2
Чернівецька	156	10,1	21,3	32,6	1,0	4,7	1,7	9,9	1,6	3,5	6,4	1,3	1,7	0,5	0,0	0,0	0,0	3,7

Чернігівська	136	7,0	25,2	40,0	0,0	9,1	8,2	1,5	0,0	2,4	0,9	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	4,1
м. Київ	81	2,0	27,9	42,2	0,0	0,9	2,9	4,1	3,8	13,5	0,0	1,1	0,0	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0

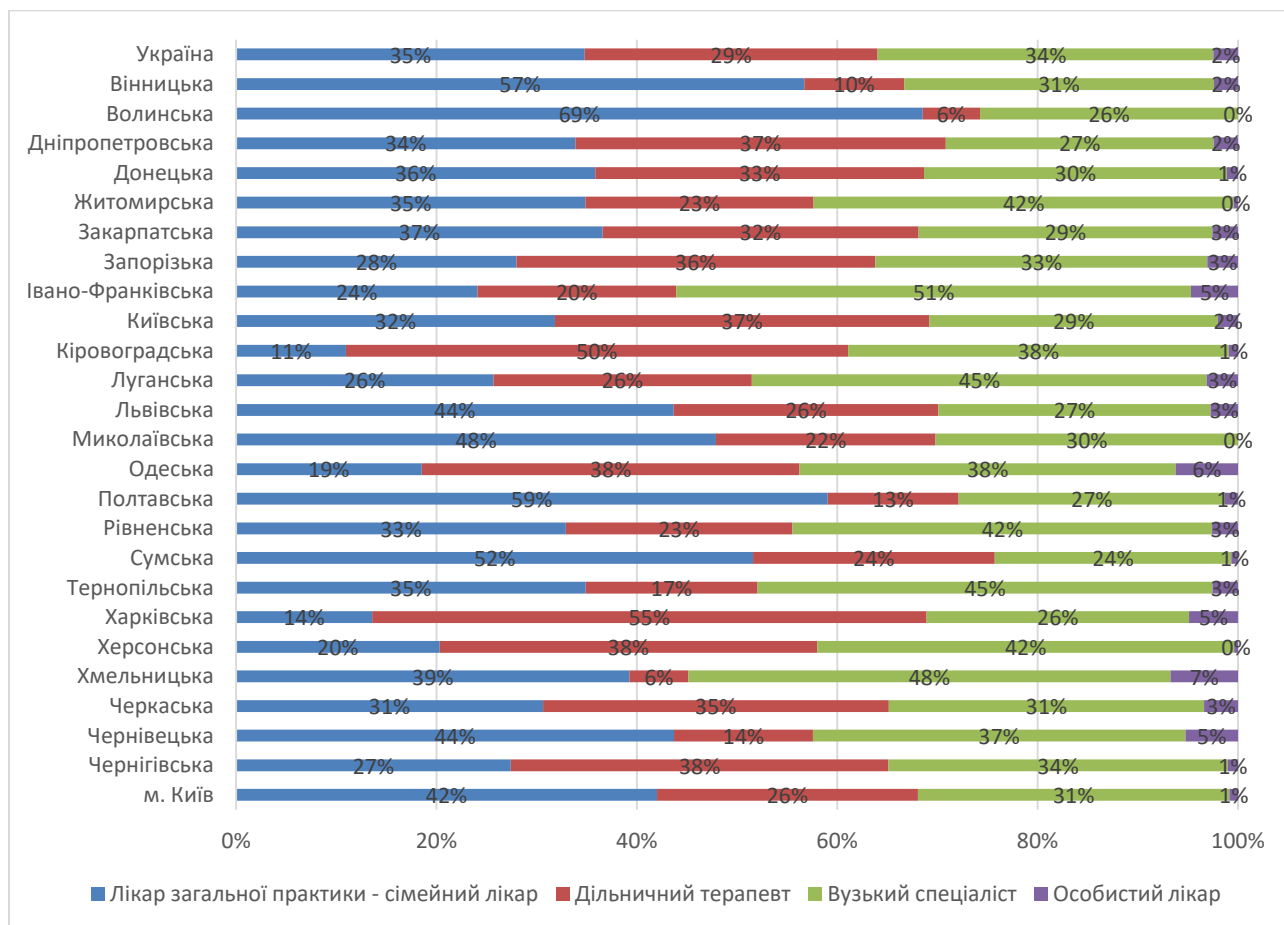


Рис. 3.3. Тип надавача амбулаторної допомоги: розподіл за областями (N = 3479)

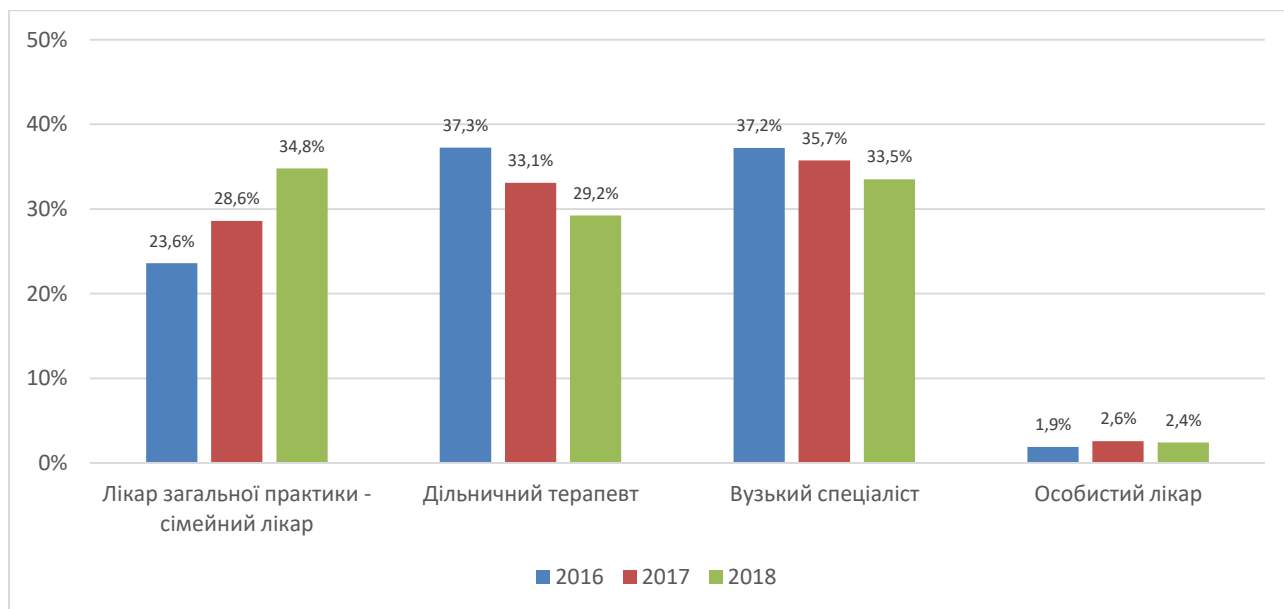


Рис. 3.4. Тип надавача амбулаторної допомоги: порівняння між роками

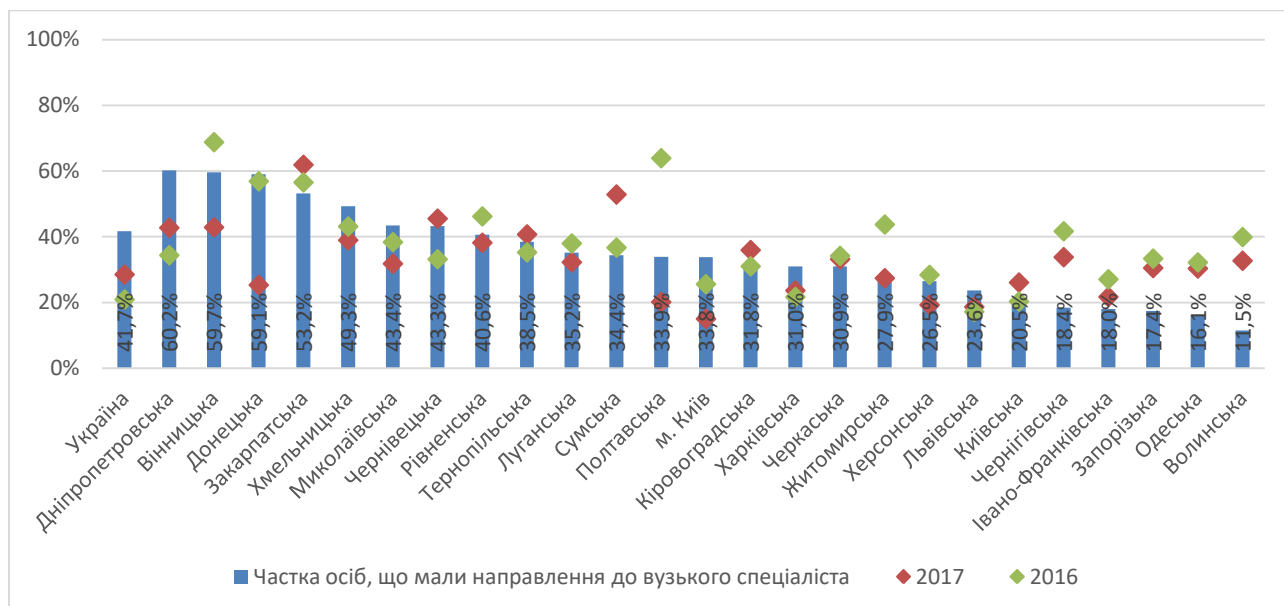


Рис. 3.5. Частка осіб, які зверталися до вузького спеціаліста за направленням серед тих, хто звертався до вузького спеціаліста (2018, 2017 та 2016 роки): розподіл за областями ($N = 1157$)

За місцем отримання амбулаторної допомоги перше місце, як і в попередні роки, посідають міські/районні/відомчі поліклініки. Проте ця частка зменшується з кожним роком. Так, вона становить 63,3% у 2016 р., 54,9% у 2017 р. та 46,9% у 2018 р. Частка українців, які отримують допомогу в амбулаторіях сімейної медицини, навпаки, зростає (з 13,4% у 2017 р. до 19,3% у 2018 р.). Лікарні, ФАПи та ЦПМСД склали близько десяти відсотків кожний, однак частка відвідувачів їх між роками коливалася (*рис. 3.6*).

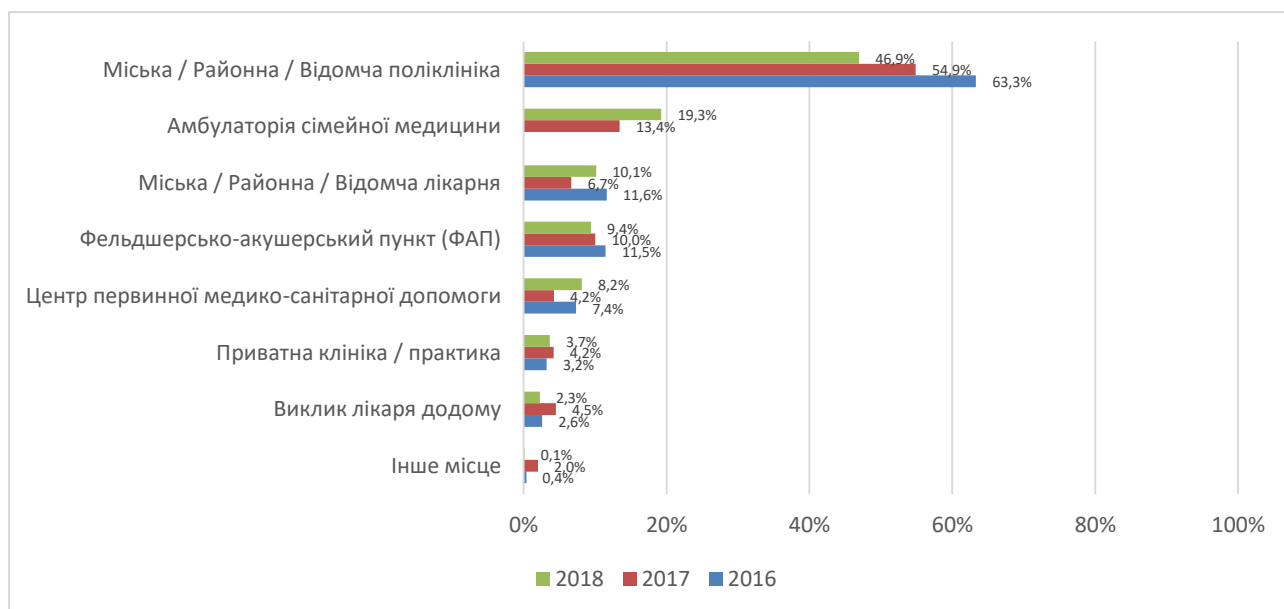


Рис. 3.6. Місце прийому лікарем споживача амбулаторної допомоги ($N = 3486$)

За областями найбільша частка відвідувачів поліклінік під час останнього амбулаторного візиту була серед мешканців Херсонської області (68,5%), а найменша — серед киян (9,6%) та вінничан (22,5%) (*табл. 3.2*). Серед киян була також найбільша частка тих, хто отримував останнього разу амбулаторну допомогу в амбулаторії сімейної медицини (52,6%) та ЦПМСД (32,1%), і найменша — тих, хто відвідував ФАПи (0,9%). Серед харків'ян, навпаки, була найбільша частка відвідувачів ФАПів (52,0%) і найменша — амбулаторій сімейної медицини (ніхто з опитаних) та ЦПМСД (разом з мешканцями Житомирської, Івано-Франківської, Сумської, Тернопільської та Черкаської областей — ніхто з опитаних). Після м. Києва найбільша частка амбулаторій сімейної медицини та найменша частка ФАПів була в Донецькій області (44,0% та 1,4% відповідно).

Таблиця 3.2 .Місце прийому лікарем споживача амбулаторної допомоги: розподіл за областями, %

Регіон	N	Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП)	Амбулаторія сімейної медицини	Центр первинної медико-санітарної допомоги	Міська / районна / відомча поліклініка	Міська / районна / відомча лікарня	Приватна клініка / практика	Виклик лікаря додому	Інше місце
Україна	3486	9,4	19,3	8,2	46,9	10,1	3,7	2,3	0,1
Вінницька	170	16,2	35,3	8,9	22,5	14,0	3,1	—	—
Волинська	51	5,8	31,4	1,4	50,8	10,7	—	—	—
Дніпропетровська	168	7,6	14,4	12,8	38,1	16,2	7,0	4,1	—
Донецька	123	1,4	44,0	15,3	35,7	2,5	0,5	0,6	—
Житомирська	170	5,3	18,8	—	68,4	6,0	0,7	0,9	—
Закарпатська	122	10,9	40,3	4,6	30,4	11,1	1,7	1,0	—
Запорізька	157	12,1	13,1	16,9	47,6	4,3	3,7	2,4	—
Івано-Франківська	175	12,2	8,8	—	54,1	15,6	6,3	3,0	—
Київська	146	13,8	21,6	7,0	41,0	8,7	6,2	1,7	—
Кіровоградська	185	7,7	21,0	29,7	36,8	3,0	1,7	—	—
Луганська	137	3,9	1,3	3,2	52,2	32,0	4,1	3,3	—
Львівська	169	6,0	17,1	0,5	67,7	4,8	2,0	1,9	—
Миколаївська	99	4,6	12,3	20,9	40,9	14,6	—	6,7	—
Одеська	117	2,8	6,9	9,0	59,5	10,3	7,1	3,7	0,7
Полтавська	195	6,3	29,5	8,0	48,7	1,6	1,9	3,9	—
Рівненська	189	6,1	7,2	0,8	68,2	12,5	4,7	0,5	—
Сумська	136	3,2	3,0	—	64,1	25,7	2,4	1,6	—
Тернопільська	65	19,1	13,6	—	46,2	9,9	8,5	2,6	—
Харківська	79	52,0	—	—	35,4	6,8	4,2	—	1,6
Херсонська	200	16,9	1,2	1,8	68,5	4,8	4,7	2,1	—
Хмельницька	76	3,3	9,1	4,9	37,1	24,9	12,3	8,4	—
Черкаська	169	11,1	27,0	—	46,7	5,0	5,0	4,5	0,7
Чернівецька	160	12,1	19,1	1,2	44,7	13,9	2,6	5,7	0,8
Чернігівська	147	10,6	12,5	13,2	54,6	7,8	0,8	0,5	—

м. Київ	81	0,9	52,6	32,1	9,6	2,9	1,9	—	—
---------	----	-----	------	------	-----	-----	-----	---	---

Відвідували приватні клініки та викликали лікаря додому найчастіше хмельничани (12,3% та 8,4% відповідно) та найрідше — волиняни (ніхто). Амбулаторні послуги в лікарнях отримували найчастіше мешканці Луганської області (32,0%) та найрідше — полтавчани (1,6%).

У середньому по Україні 17,3% споживачів амбулаторної допомоги зверталися останнього разу не до того лікаря, до якого вони прикріплені (6,0%), або не до того закладу, до якого вони прикріплені (11,4%) (*рис. 3.7*). Ця частка коливалася від 32,8% у Хмельницькій області до 2,3% у Волинській. У більшості областей ця частка зросла порівняно з 2017 та 2016 роками.

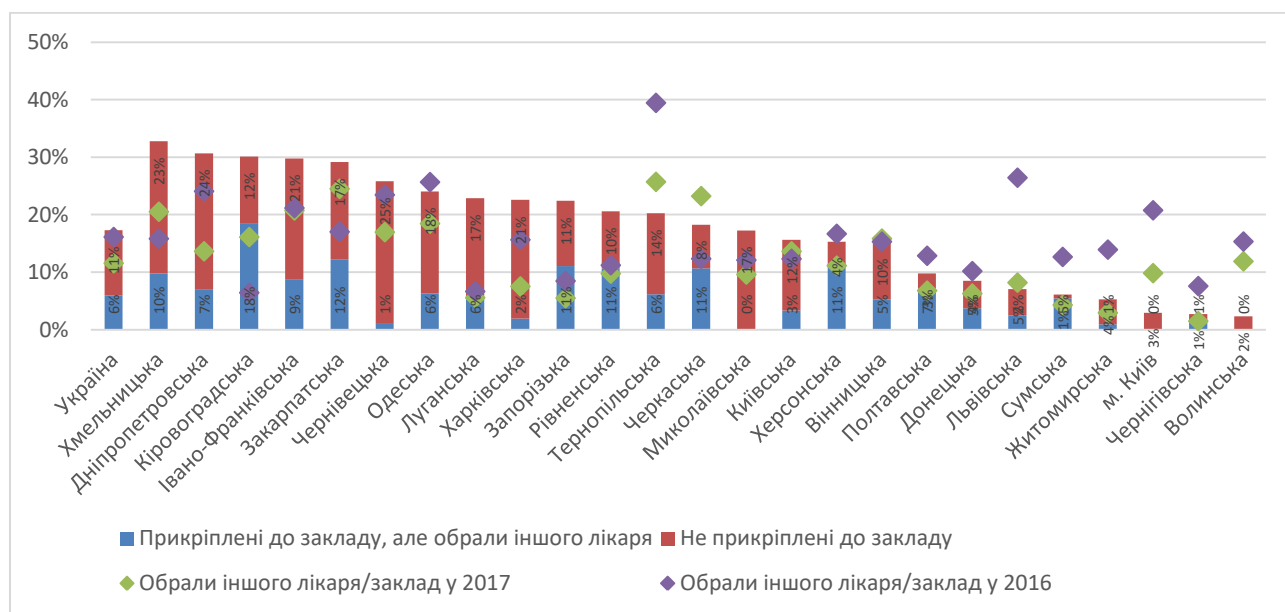


Рис. 3.7. Звернення до надавача амбулаторної допомоги, до якої прикріплені (2018, 2017 та 2016 роки): розподіл за областями ($N = 3343$)

Основними причинами звернення не до свого лікаря/закладу були компетентність лікаря (38,3%), рекомендація знайомих (29,4%), наявність необхідного обладнання (19,3%), зручне розташування (14,9%) та доброзичливість лікаря (14,5%). Решта причин становила менше десяти відсотків (*рис. 3.8*).

Порівняно з попередніми роками збільшується частка тих респондентів, які звертаються до закладу або лікаря, до якого вони не прикріплені, через наявність необхідного обладнання (15,1%, 16,9% та 19,3% у 2016, 2017 та 2018 роках), зручність розташування (9,8%, 11,7% та 14,9% у 2016, 2017 та 2018 роках) та відсутність черг (3,8% у 2016 р., 6,8% у 2017 р. та 7,9% у 2018 р.). Частка респондентів, які сказали, що обрали іншого лікаря через те, що він доброзичливий, зменшується (21,7% у 2016 р., 15,2% у 2017 р. та 14,5% у 2018 р.).



Рис. 3.8. Причини вибору лікаря або закладу, до якого респондент(ка) не прикріплений(а). Можна обирати до трьох причин

Розкид причин вибору іншого лікаря або закладу значно коливався між областями (**табл. 3.3**). Так, найбільша частка людей, які зверталися до іншого лікаря через те, що він компетентний, була у Сумській області (77,5%); за рекомендацією знайомих — у Львівській області (69,5%); через наявність необхідного обладнання — у Миколаївській області (52,1%); через зручне розташування — у Кіровоградській області (32,2%); через доброзичливість лікаря — у Донецькій області (34,1%); через короткий час очікування — в Одеській області (32,5%); через кращу якість допомоги у приватних закладах порівняно з державними — у Чернігівській області (27,1%); через те, що плата за обслуговування доступна — у Полтавській області (36,2%); через те, що це єдиний заклад, який приймає без оплати (24,4%) і через можливість лікування широкого спектру захворювань (20,1%) — у Запорізькій області. Лише в одній області — Волинській — по всіх зазначених вище причинах були нульові відповіді, а єдиною причиною, через яку волиняни зверталися у заклади або до лікарів, до яких вони не прикріплені, було звернення за направленням, яке може видати тільки цей лікар (100%). За направленням страхової компанії зверталися до інших закладів і лікарів кияни (15,1%), полтавчани (3,3%) та дніпропетровці (3,1%). Найбільша частка звернень до інших лікарів і закладів через не перераховані вище причини була в Черкаській області (16,4%).

Таблиця 3.3. Причини вибору лікаря або закладу, до якого респондент(ка) не прикріплений(а): розподіл за областями, %. *Можна обирати до трьох причин*

Регіон	N	Лікар(і) доброзичливий(і)	Лікар(і) компетентний(і)	Плата за обслуговування доступна чи дешева	Час очікування короткий / У цьому закладі немає черг	Є необхідне обладнання	Зручне розташування	Зверталися за направленням, яке може видати цей лікар	Знайомий лікар / Порекомендували й цього лікаря	Можливість лікування широкого спектру	Це єдиний лікар /установа охорони здоров'я, яка приймає мене без	Це заклад, куди мене направила страхова компанія	Заклад охорони здоров'я, де якість медичної допомоги краща, ніж у	Інша причина
Україна	681	14,5	38,3	6,7	7,9	19,3	14,9	2,7	29,4	5,5	6,0	0,8	7,9	4,9
Вінницька	33	20,8	16,8	—	6,6	13,5	11,6	3,5	39,6	—	3,1	—	11,8	3,1
Волинська	1	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—	—	—
Дніпропетровська	65	2,1	32,4	4,3	7,4	15,5	22,8	1,6	35,6	3,8	5,5	3,1	5,7	2,6
Донецька	10	34,1	7,5	22,8	18,9	31,3	7,8	5,8	13,4	15,2	16,3	—	23,6	—
Житомирська	23	12,9	44,2	1,9	—	9,7	6,9	5,5	6,8	7,9	18,6	—	5,0	—
Закарпатська	26	13,6	47,8	5,9	—	14,4	30,6	—	33,9	3,5	2,5	—	2,5	—
Запорізька	33	26,7	23,4	20,8	—	7,5	4,9	3,4	2,2	20,1	24,4	—	7,9	2,1
Івано-Франківська	59	12,5	52,2	5,6	1,1	7,7	7,1	1,1	47,9	3,3	1,3	—	9,3	2,2
Київська	28	12,6	50,7	—	22,7	30,5	21,3	—	25,7	8,0	—	—	12,1	6,6
Кіровоградська	51	3,6	28,9	—	5,5	6,1	32,2	2,9	28,7	—	4,0	—	1,7	9,7
Луганська	29	28,3	47,3	—	—	33,8	5,8	—	18,7	15,8	14,4	—	14,8	1—
Львівська	15	21,1	39,4	4,7	6,6	6,3	22,9	—	69,5	9,8	—	—	6,6	—
Миколаївська	18	10,4	16,4	—	12,8	52,1	18,3	—	32,8	—	4,1	—	—	8,7
Одеська	34	15,7	47,0	15,1	32,5	31,3	—	9,6	27,9	6,4	2,6	—	4,8	6,0
Полтавська	22	19,8	29,7	36,2	6,3	22,5	28,3	7,7	31,8	3,2	16,8	3,3	—	3,2
Рівненська	43	5,3	36,8	1,6	5,3	18,1	21,4	—	25,8	—	—	—	2,2	4,0
Сумська	10	31,3	77,5	8,7	27,6	13,8	17,3	21,6	29,8	—	—	—	—	—
Тернопільська	15	4,7	54,5	9,0	9,0	—	5,7	—	24,6	5,7	10,1	—	20,6	14,9
Харківська	21	14,5	22,6	—	—	37,1	15,8	—	40,9	—	7,3	—	18,7	13,4
Херсонська	34	13,8	58,6	13,1	2,6	18,3	2,1	5,8	12,5	2,1	—	—	12,0	3,5
Хмельницька	30	25,5	62,6	—	2,7	19,6	12,8	—	9,7	—	—	—	2,9	2,3
Черкаська	33	13,7	52,5	6,3	11,9	21,6	9,0	3,2	18,6	5,7	2,9	—	5,2	16,4
Чернівецька	38	21,8	47,7	3,1	—	14,4	15,4	3,1	38,0	7,4	1,7	—	2,6	1,5
Чернігівська	5	16,9	16,9	—	14,4	27,1	—	—	31,3	—	—	—	27,1	14,4

м. Київ	5	30,2	54,7	—	—	51,1	—	—	—	—	—	15,1	—	15,1
---------	---	------	------	---	---	------	---	---	---	---	---	------	---	------

3.3 Витрати «з кишені» на амбулаторну допомогу

Серед респондентів, які мали останній амбулаторний візит протягом 12 місяців перед проведенням опитування, 54,9% з них платили за цей візит у різних формах (*табл. 3.4*). Найчастіше споживачі амбулаторної допомоги платили за товари медичного призначення (36,1%). Приблизно кожний десятий платив за візит у касі згідно з офіційними правилами (10,8%), на рахунок благодійного фонду або організації (10,4%) та/або неформально (10,1%). При цьому сплатити на рахунок благодійного фонду або організації вимагали у 57,5% серед тих, хто платив таким чином, а неформальна оплата у 30,9% випадків була з ініціативи лікаря або закладу. Медіанна сума платежу становила 50 грн за товари медичного призначення та на рахунок благодійного фонду і 150 грн — у касі згідно з офіційними правилами та неформально.

У цілому по Україні 4,9% усіх українців платили за амбулаторну допомогу протягом останніх 30 днів. Медіанна сума сплати становила 300 грн, а середня — 652 грн. Це складало 16,7% від середнього доходу домогосподарства.

Таблиця 3.4. Оплата «з кишені» за амбулаторний візит*

	На рахунок благодійног о фонду або організації	У касі згідно з офіційними правилами	Неформально	За товари медичного призначення	Загалом
Пацієнти, які сплачували, %	10,4	10,8	10,1	36,1	54,9
Пацієнти, які сплачували, N	340	327	282	1090	1858
Серед платників на вимогу сплачували, %	57,5	—	30,9	—	—
Середній платіж, грн	320	1 013	379	133	394
Медіанний платіж, грн	50	150	150	50	50

* Не враховуючи ліків, діагностичних та лабораторних досліджень

Частка споживачів амбулаторної допомоги, які платили під час останнього амбулаторного візиту «з кишені» різними способами, зменшується або лишається сталою залежно від способу оплати (*рис. 3.9*). Так, частка осіб, які платили на рахунок благодійного фонду або організації, зменшилася вдвічі протягом двох останніх років: з 19,5% у 2016 р. до 10,4% у 2018 р. Частка осіб, які платили неформально під час останнього візиту, не змінилася і становить кожного року близько десяти відсотків. При цьому частка пацієнтів, які роблять ці два види оплати на вимогу, також не змінилася протягом останніх двох років і становить

близько 60% для оплати на рахунок благодійного фонду та біля третини для оплати неформально. Оплата в касі згідно з офіційними правилами та оплата за товари медичного призначення відрізняється між роками у межах двох відсотків.

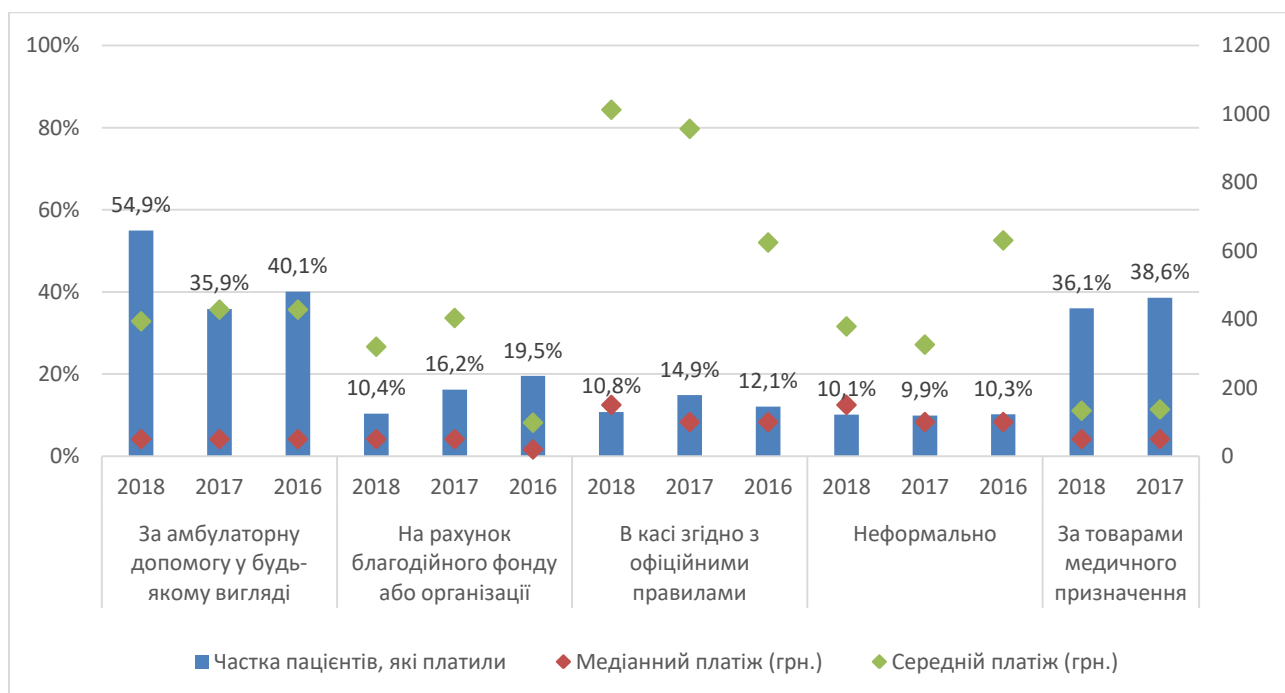


Рис. 3.9. Оплата «з кишені» за амбулаторний візит: порівняння між роками

Найбільша частка респондентів, які платили на рахунок благодійного фонду або організації найбільше під час останнього амбулаторного візиту, була в Одеській області (32%) і найменша — у Сумській (1%) (рис. 3.10). Медіанна сума платежу коливалася від 5 грн у Сумській області до 220 грн у Закарпатській. Проте найчастіше вона становила 20, 50 або 100 грн.

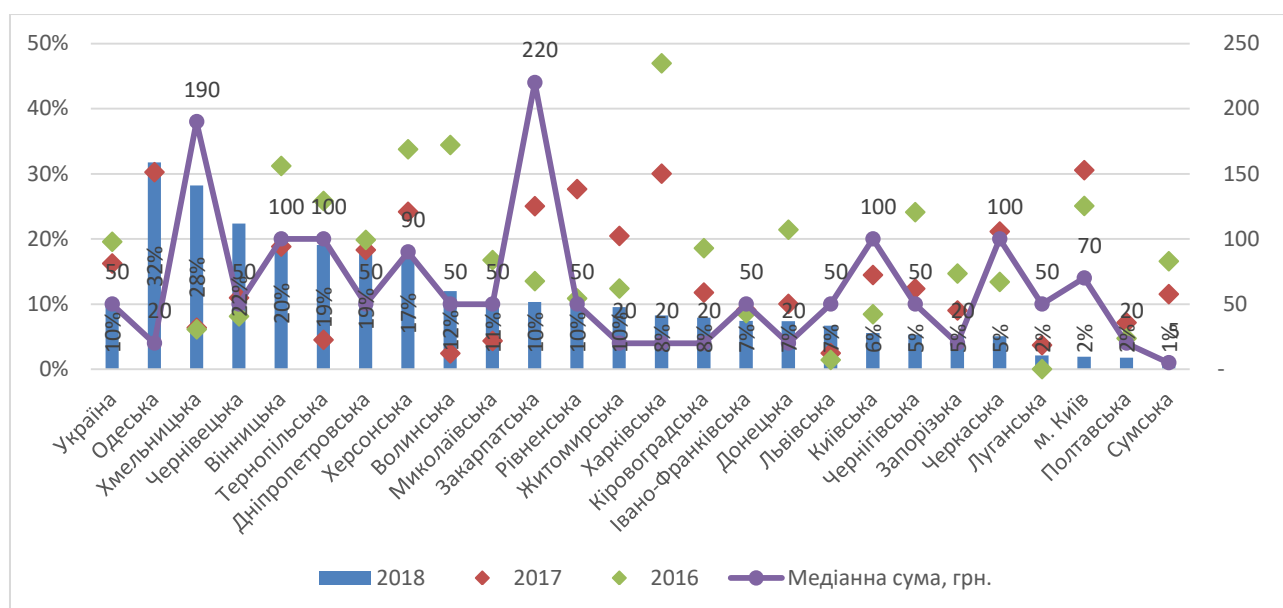


Рис. 3.10. Оплата на рахунок благодійного фонду або організації під час останнього амбулаторного візиту: розподіл за областями ($N = 3312$)

У касі згідно з офіційними правилами найчастіше платили в Харківській (28%) і найрідше — у Сумській області (4%) (**рис. 3.11**). Медіанний платіж становив від 20 до 1600 грн; проте найчастіше — 50, 100, 150 або 250 грн.

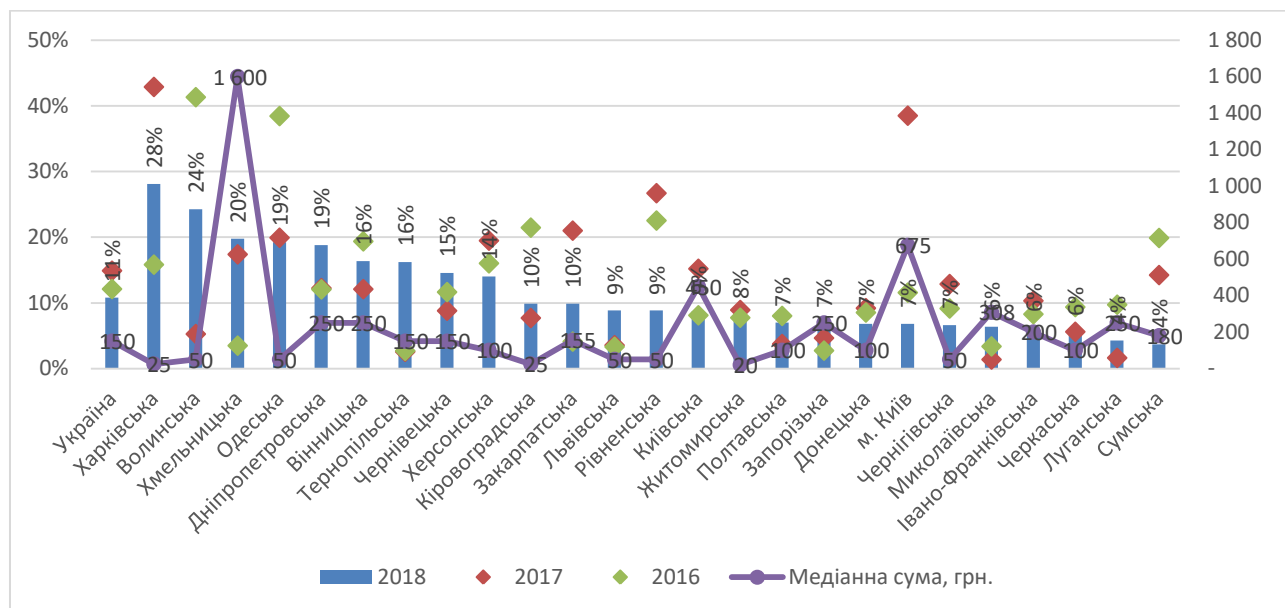


Рис. 3.11. Оплата в касі згідно з офіційними правилами під час останнього амбулаторного візиту: розподіл за областями ($N = 3268$)

Оплата неформально мала місце найчастіше у Хмельницькій області (40%) і найрідше — у Донецькій (2%) (**рис. 3.12**). Медіанна сума становила від 50 до 200 грн, і лише у Вінницькій області — 400 грн та в Херсонській і Донецькій — 300 і 500 грн відповідно.

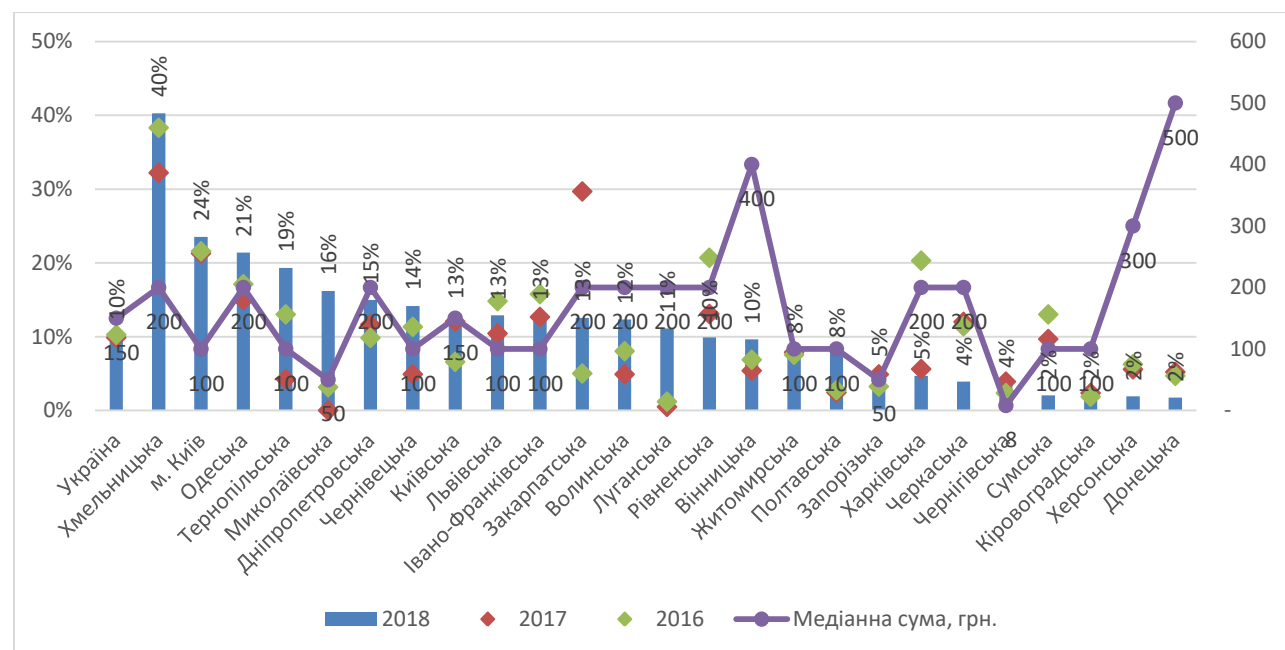


Рис. 3.12. Оплата неформально під час останнього амбулаторного візиту: розподіл за областями

областями ($N = 3220$)

Частка споживачів амбулаторної допомоги, які під час останнього амбулаторного візиту платили за товари медичного призначення, коливалася від 56% в Одеській області до 13% у Тернопільській і лише у м. Київ становила 2% (рис. 3.13). Медіанна сума при цьому складала найчастіше від 25 до 70 грн. У Сумській області й м. Києві вона становила 130 грн, а в Хмельницькій — 400 грн.

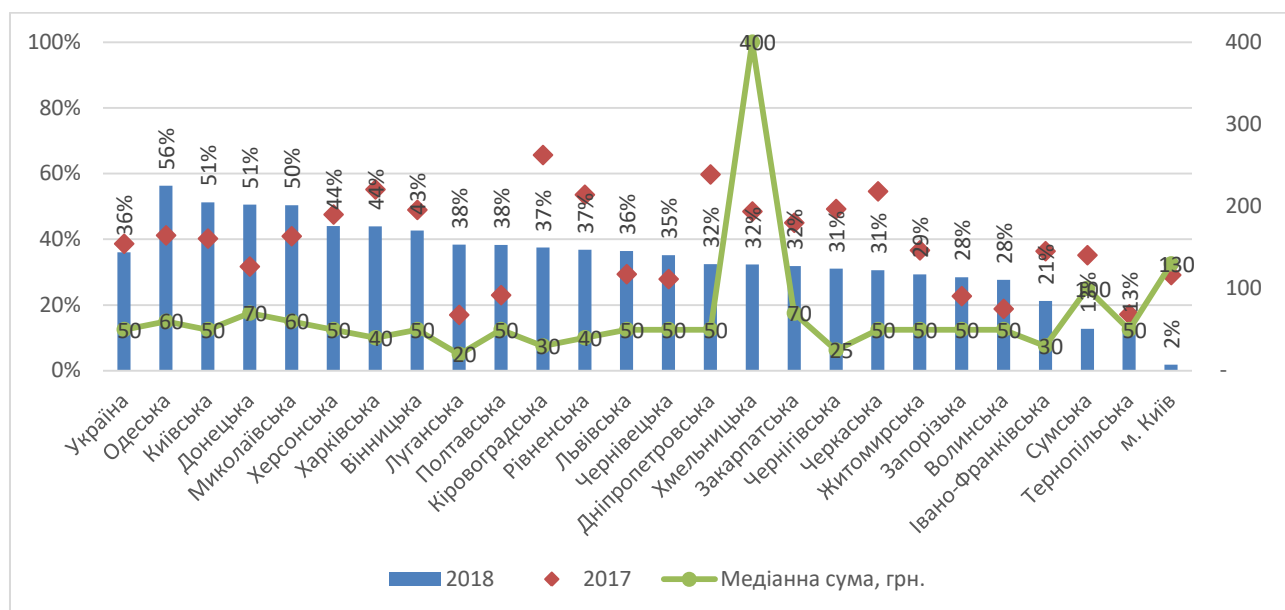


Рис. 3.13. Оплата за товари медичного призначення під час останнього амбулаторного візиту: розподіл за областями ($N = 3130$)

3.4 Проходження лабораторних та діагностичних обстежень

Серед споживачів амбулаторної допомоги 62,7% здавали протягом останнього року аналізи та 48,5% проходили діагностичні тести (табл. 3.5). Більшість опитаних проходили лабораторно-діагностичні тести у державних закладах (85,7% з тих, хто здавав аналізи, та 76,6% — з тих, хто проходив діагностику). Приблизно половина людей, які проходили лабораторно-діагностичні тести, платили за це (41,0% — за аналізи та 56,2% — за діагностику). Медіанний платіж при цьому становив 100 грн і 170 грн відповідно.

Таблиця 3.5. Проходження лабораторно-діагностичних тестів і витрати на них протягом останніх 12 місяців (серед споживачів амбулаторної допомоги)

Тип послуги	Частка респондентів, які користувалися, %	З них частка респондентів, які платили, %	Тип закладу, %	Суми оплати, грн
Здавали аналізи	62,7	41,0	державний 85,7	середнє 269

			приватний 10,3 обидва 4,0	медіана 100
Проходили діагностику	48,5	56,2	державний 76,6 приватний 17,9 обидва 5,4	середнє 380 медіана 170

Частка споживачів амбулаторної допомоги, які здавали аналізи або проходили діагностику, зменшується кожного року. Так, частка осіб серед споживачів амбулаторної допомоги, які здавали аналізи, зменшилася з 70,1% у 2016 р. та 67,6% у 2017 р. до 62,7% у 2018 р. (*рис. 3.14*). Частка осіб, які проходили діагностику, незначно зменшилася — з 50,3% у 2016 р. та 50,8% у 2017 р. до 48,5% у 2018 р. (*рис. 3.15*).

Найменша частка споживачів амбулаторно-діагностичних послуг мешкала у м. Києві. Тут 26,2% осіб здавали аналізи та 26,9% проходили діагностику (*рис. 3.14, рис. 3.15*). Наступна найменша після м. Києва частка тих, хто здавав аналізи, була в Сумській області (47,0%), а тих, хто проходив діагностику, — у Херсонській (30,4%). Найбільша частка споживачів амбулаторної допомоги, які здавали аналізи, мешкала в Житомирській області (85,1%), а тих, хто проходив діагностику, — в Луганській (71,5%).

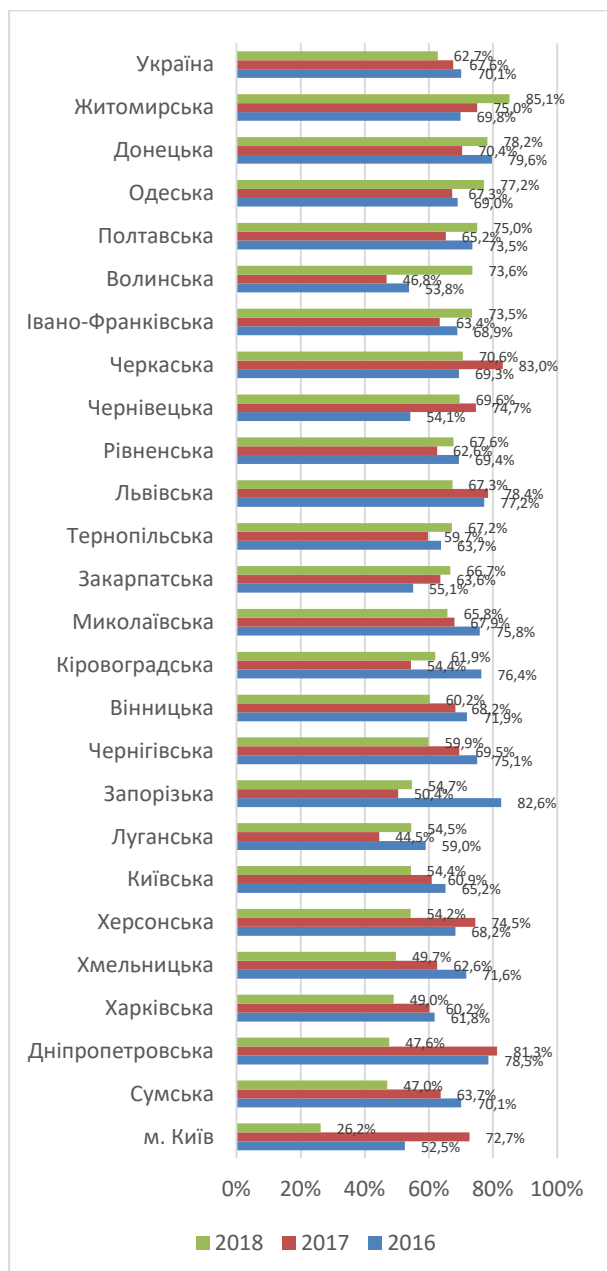


Рис. 3.14. Здавали аналізи протягом останніх 12 місяців: розподіл за областями (серед споживачів амбулаторної допомоги) (N = 3472)

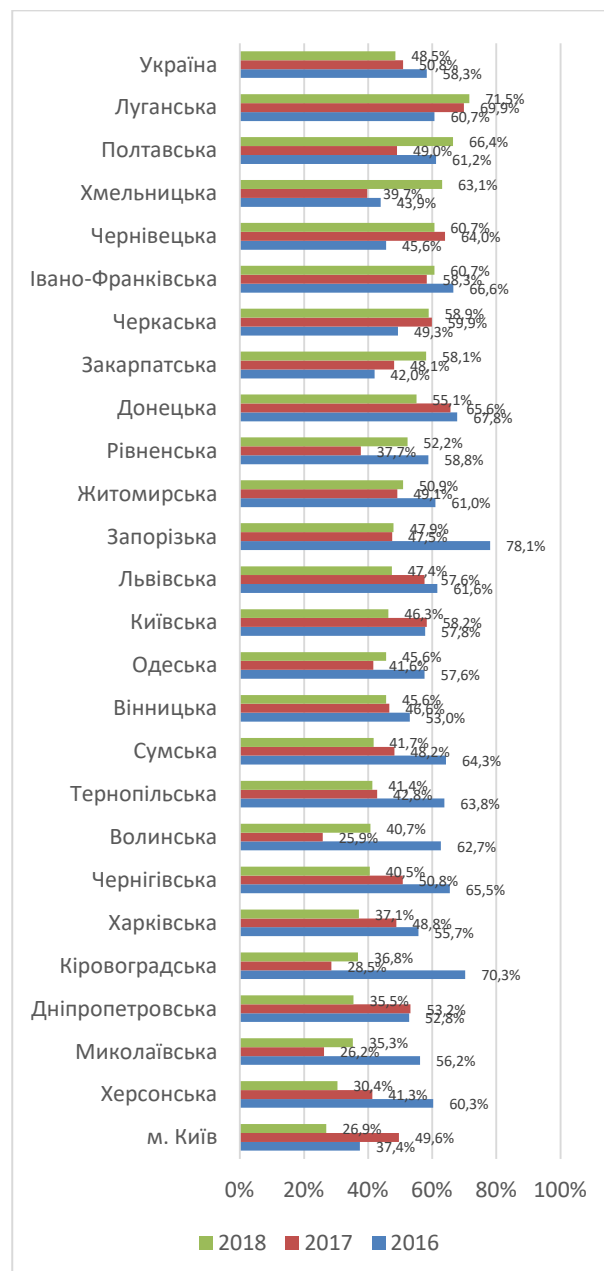


Рис. 3.15. Проходили діагностику протягом останніх 12 місяців: розподіл за областями (серед споживачів амбулаторної допомоги) (N = 3475)

Частка осіб, які платили за лабораторні послуги, зменшилася з 48,6% у 2016 р. і 47,3% у 2017 р. до 41,0% у 2018 р. Частка осіб, які платили за діагностичні послуги, зменшилася з 61,8% у 2018 р. до 23,6% у 2017 р. і знову зросла до 56,2% у 2018 р. Вартість, яку сплачували споживачі за лабораторно-діагностичні послуги, зростала кожного року (рис. 3.16).

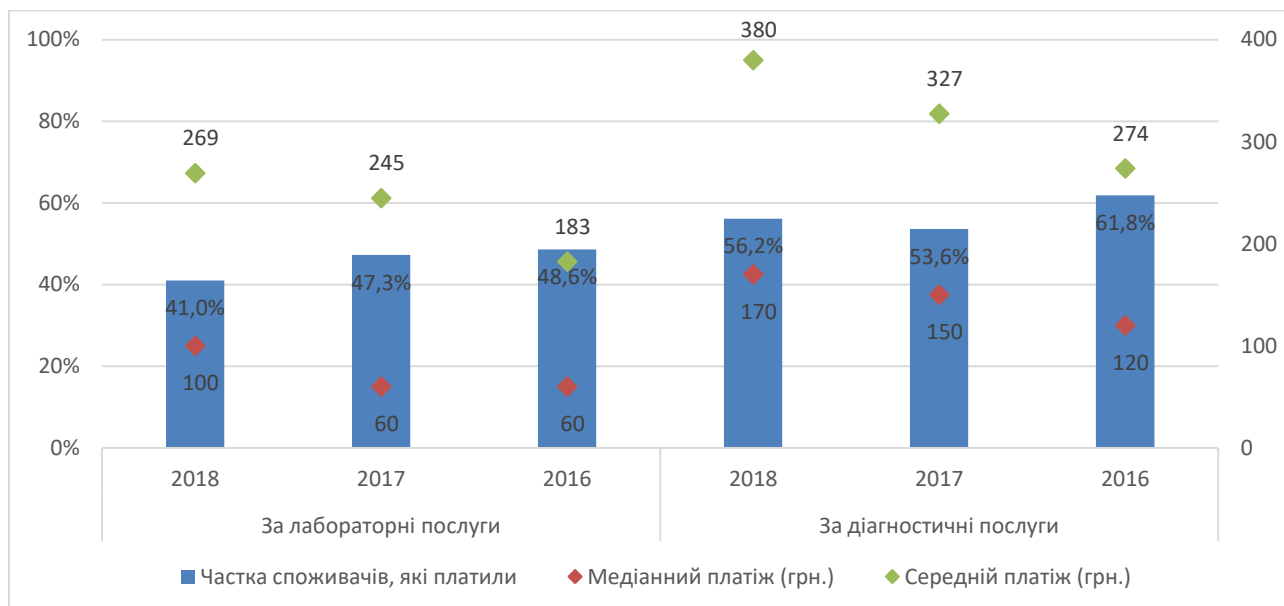


Рис. 3.16. Оплата лабораторно-діагностичних тестів: розподіл за роками (серед тих, хто проходив лабораторно-діагностичні тести протягом 12 місяців перед проведенням опитування)

3.5 Фінансовий тягар

З тих споживачів амбулаторної допомоги, які платили за неї (включаючи ліки та лабораторно-діагностичні тести), приблизно половині було складно покрити всі витрати (46,9%) (*табл. 3.6, рис. 3.17*). Ця частка зменшується з кожним роком. Так, у 2017 р. вона становила 52,7%, а у 2016 р. — 66,9%. Частка споживачів амбулаторної допомоги, яким довелося позичати кошти, щоб покрити всі витрати, також склала приблизно половину і збільшувалася між опитуваннями. У 2016 р. вона становила 36,8%, у 2017 р. — 46,1% і у 2018 р. — 53,1%. Медіанна сума, яку позичали споживачі амбулаторної допомоги, щоб покрити витрати на неї, складала 1000 грн у 2016 та 2017 роках та 1500 грн у 2018 р.

Вимушена відмова від амбулаторної допомоги через брак коштів серед споживачів амбулаторної допомоги становила в середньому по Україні 22,1% (*рис. 3.17*). Ця частка зменшується кожного року. Так, у 2017 р. вона складала 27,8%. За областями частка споживачів амбулаторної допомоги, які мали від неї відмовлятися через брак коштів, коливалася від 38,0% у Полтавській області до 7,8% у Тернопільській.

Таблиця 3.6. Оплата за амбулаторну допомогу: фінансовий тягар (серед споживачів амбулаторної допомоги)

Рік	Платники за амбулаторне лікування та	З них:	Сума позичених коштів, щоб покрити витрати на амбулаторне лікування,
-----	--------------------------------------	--------	--

	лабораторно-діагностичні послуги, % (N)	грн		середнє	медіана
		платники, яким було складно покрити всі витрати % (N)	платники, яким довелося позичати кошти % (N)		
2018	66,6 (2317)	46,9 (1127)	53,1 (1047)	2 967	1 500
2017	58,0 (2170)	52,7 (1168)	46,1 (394)	3 243	1 000
2016	62,6 (2398)	66,9 (1536)	36,8 (490)	2 192	1 000

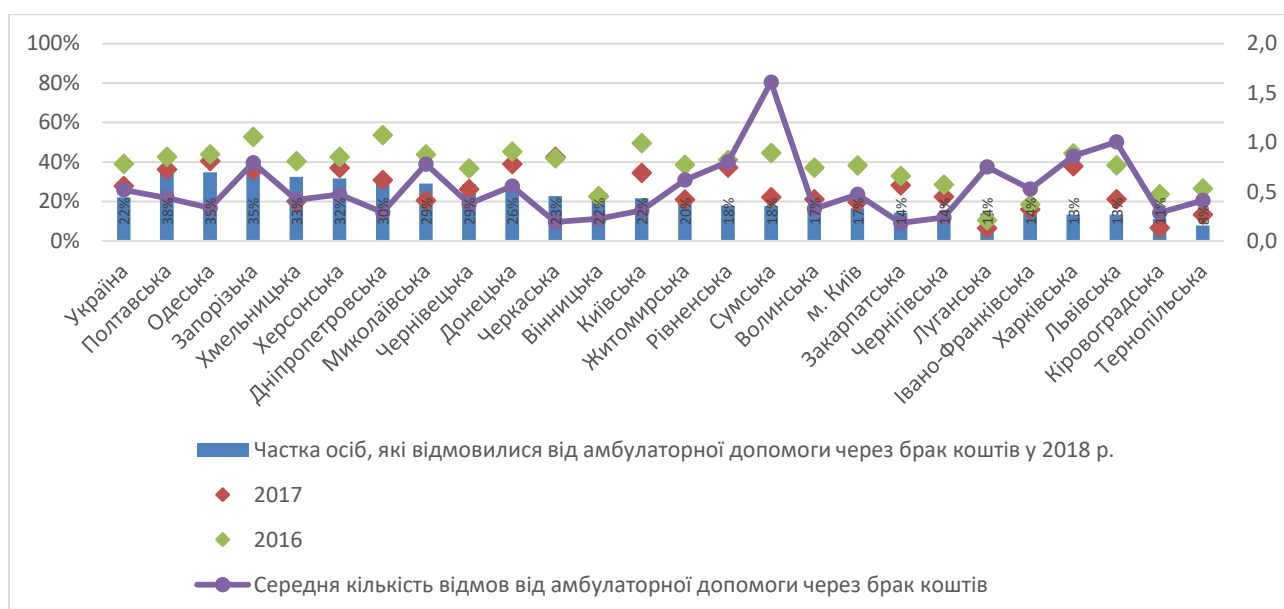


Рис. 3.17. Вимушена відмова від амбулаторної допомоги через брак коштів (серед споживачів амбулаторної допомоги): розподіл за областями та роками

3.6 Оцінювання аспектів отриманої амбулаторної допомоги

З різних аспектів якості отриманої амбулаторної допомоги найвище її споживачі оцінили чемність лікарів у спілкуванні з пацієнтами та їхніми родинами (61,0% споживачів оцінили цей аспект як «добре» або «дуже добре») (рис. 3.18). На другому і третьому місцях за позитивними оцінками була зрозумілість лікарських пояснень (55,4%) та результативність лікування (46,0%). У цілому близько половини респондентів оцінювали ці показники як «добре» або «дуже добре». Найнижче споживачі амбулаторної допомоги оцінювали наявність необхідного обладнання (21,0% оцінили як «добре» або «дуже добре») та можливість

безоплатно отримати необхідні діагностичні обстеження, лабораторні аналізи та лікувальні процедури (22,5%). Загалом третина респондентів, які отримували протягом року перед проведенням опитування амбулаторну допомогу, оцінили її «добре» або «дуже добре» (34,2%).

Порівняно з опитуваннями 2016 та 2017 років зменшується частка респондентів, які оцінюють дотримання медичним персоналом гігієни огляду та процедур (40,3% у 2016 р., 38,5% у 2017 р. та 33,2% у 2018 р.), а також трохи зменшується загальна оцінка надання амбулаторної допомоги (37,2%, 35,0% та 34,2% у 2016, 2017 та 2018 роках). З другого боку, зросла порівняно з попередніми роками оцінка чемності лікарів у спілкуванні з пацієнтами та їхніми родичами (53,7% у 2016 р. та 63,9% і 61,0% у 2017 р. й 2018 р. відповідно), зрозумілості лікарських пояснень (49,8% у 2016 р. та 58,8% і 55,4% у 2017 р. та 2018 р. відповідно). Постійно зростає частка пацієнтів, які оцінюють позитивно зрозумілість і прозорість політики оплати за допомогу (27,6%, 29,7% та 31,2% у 2016, 2017 і 2018 роках) та можливість безоплатно отримати необхідні діагностичні обстеження, лабораторні аналізи й лікувальні процедури (19,5%, 20,8% та 22,5% у 2016, 2017 і 2018 роках).



Рис. 3.18. Оцінювання різних аспектів наданої амбулаторної допомоги як «добре» або «дуже добре» (серед споживачів амбулаторної допомоги): розподіл за роками

За областями найбільша частка респондентів, які оцінили отриману амбулаторну допомогу як «добру» або «дуже добру», мешкала в Тернопільській області (65,8%), а найменша — у Сумській (9,1%) (рис. 3.19, табл. 3.7).

На запитання «Які аспекти надання амбулаторної допомоги для Вас є найважливішими?» споживачі амбулаторної допомоги обрали відповідь «Результативність лікування» (84,9%). Наступним пунктом з відривом майже вдвічі йшла можливість

безоплатного отримання необхідного діагностичного обстеження (47,1%). Усі інші пункти обирало двадцять і менше відсотків споживачів амбулаторної допомоги (*рис. 3.20*).

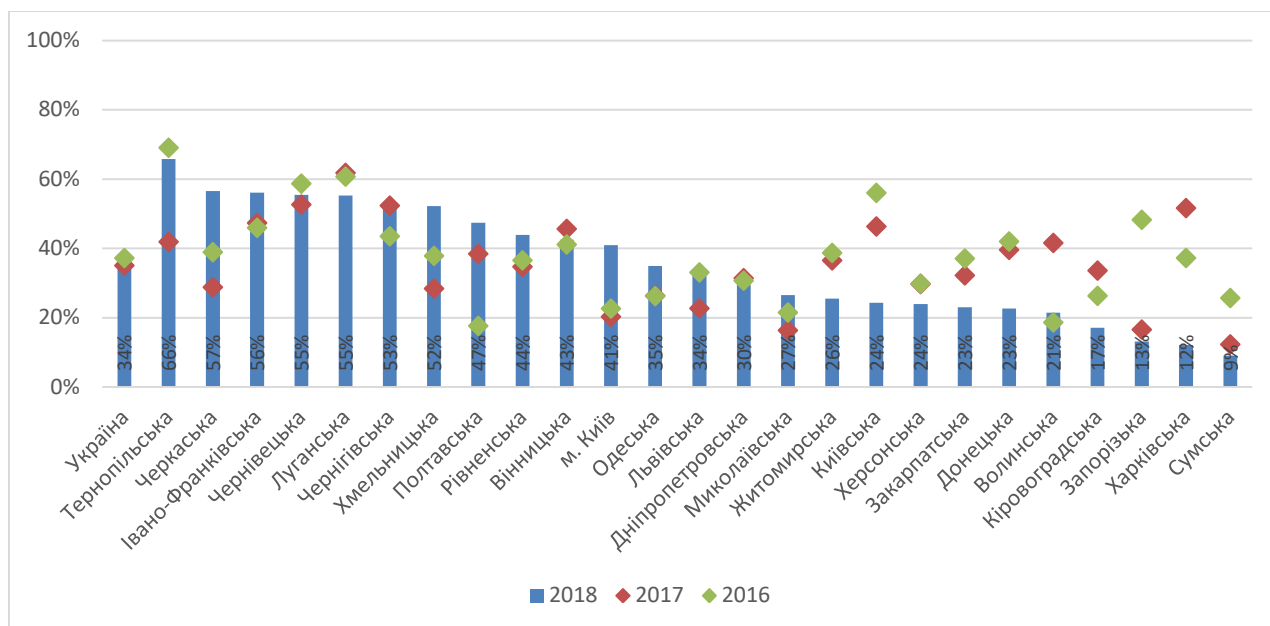


Рис. 3.19. Загальне оцінювання надання амбулаторної допомоги як «добре» або «дуже добре»: розподіл за областями

Порівняно з 2017 р. частка пацієнтів, для яких результативність лікування, зрозумілість та прозорість оплати за допомогу і графік роботи закладу є найважливішим аспектом надання амбулаторної допомоги, не змінюється. Проте всі інші аспекти — можливість безоплатного отримання необхідного діагностичного обстеження, територіальна зручність розташування медичного закладу, чемність лікарів, санітарно-побутові умови, у яких надається допомога, зрозумілість лікарських пояснень, дотримання медичним персоналом гігієни — вибирає дедалі більша частка споживачів амбулаторної допомоги. Наявність необхідного обладнання, навпаки, обирає менша частка респондентів як важливий аспект надання амбулаторної допомоги (15,5% у 2017 р. і 11,3% у 2018 р.).

Розподіл пріоритетів за областями наведено в *табл. 3.8*.

Таблиця 3.7. Оцінювання різних аспектів надання амбулаторної допомоги як «добре» або «дуже добре»: розподіл за областями, %

Регіон	Результативність лікування	Чемність лікарів у спілкуванні з пацієнтами та їхніми родичами	Зрозумілість лікарських пояснень пацієнтам	Територіальна зручність розташування медичного закладу	Умови, в яких надається медична допомога	Графік роботи	Можливість безоплатного отримання необхідного діагностичного обстеження	Зрозумілість та прозорість оплати за допомогою	Дотримання медичним персоналом правил етичного поведіння	Наявність необхідного обладнання	Загальна оцінка надання амбулаторної медичної допомоги
Україна	46,0	61,0	55,4	40,9	39,1	40,4	22,5	31,2	33,2	21,0	34,2
Вінницька	50,4	64,8	59,7	40,7	48,9	41,8	22,8	41,2	40,8	26,4	42,5
Волинська	23,1	57,2	53,8	61,4	32,5	38,3	14,9	18,0	23,9	21,6	21,5
Дніпропетровська	46,4	59,9	53,4	33,3	28,9	24,1	17,0	20,7	28,5	21,6	29,6
Донецька	34,1	44,8	39,2	42,7	32,8	63,6	23,1	24,2	20,5	18,2	22,6
Житомирська	48,2	57,6	57,5	32,5	48,7	34,9	12,2	30,0	28,8	11,3	25,5
Закарпатська	38,7	64,1	62,0	30,6	29,3	26,9	14,2	28,0	35,0	14,7	23,1
Запорізька	48	80	81	39	37	35	16	36	42	16	29
Івано-Франківська	34,9	46,6	39,7	19,9	19,8	19,1	11,2	13,1	14,0	10,6	13,2
Київська	59,2	80,3	76,3	51,7	56,9	60,5	30,7	43,7	56,4	39,6	56,1
Кіровоградська	41,5	58,3	50,8	47,5	44,5	37,6	14,3	26,4	23,9	10,6	24,4
Луганська	19,3	38,4	30,5	12,8	22,0	19,7	12,1	20,3	16,2	13,0	17,1
Львівська	60,0	74,4	66,4	49,6	46,5	42,6	35,2	63,3	56,2	25,9	55,3
Миколаївська	43,3	46,8	43,9	41,6	19,4	31,5	18,1	20,4	23,7	22,4	33,8
Одеська	36,0	66,3	50,8	42,0	29,0	33,8	17,7	23,2	23,6	10,6	26,5
Полтавська	36,4	56,5	41,4	32,2	46,3	35,6	15,5	25,0	39,5	33,2	34,9
Рівненська	56,5	65,7	63,5	58,5	62,1	63,4	40,4	45,8	38,1	14,0	47,4
Сумська	63,9	69,7	69,2	65,6	43,0	64,2	30,2	41,4	46,6	32,1	43,9
Тернопільська	10,0	14,5	15,5	8,0	9,4	7,6	4,2	9,1	6,4	4,7	9,1
Харківська	74,3	81,2	67,0	64,6	69,0	72,0	57,6	64,7	62,1	62,9	65,8
Херсонська	32,0	82,6	68,9	20,6	21,1	20,7	14,1	19,8	18,4	22,2	12,1
Хмельницька	46,1	63,2	53,1	33,7	43,9	48,8	15,3	25,7	28,6	9,7	24,0
Черкаська	66,6	76,0	64,8	49,4	37,8	33,5	31,2	43,6	44,1	33,8	52,2

Чернівецька	57,2	70,0	65,7	58,8	61,7	47,9	45,3	48,3	59,4	24,5	56,5
Чернігівська	68,2	71,7	71,1	59,9	55,1	54,9	44,4	45,8	44,6	32,6	55,5
м. Київ	82,5	83,4	84,1	57,8	67,8	70,3	43,5	61,7	69,0	37,8	52,8

Таблиця 3.8. Найважливіші аспекти надання амбулаторної допомоги (серед споживачів амбулаторної допомоги): розподіл за областями, %

Регіон	N	Результативність лікування	Чемність лікарів у спілкуванні з пацієнтами та їхніми родичами	Зрозумілість лікарських пояснень пацієнтам	Зручність розташування медичного закладу	Санітарно-побутові умови, в яких надається медична допомога	Графік роботи	Можливість безоплатного отримання необхідного діагностичного обстеження	Зрозумілість та прозорість оплати за допомогу	Дотримання медичним персоналом гігієни огляду та обстеження	Наявність необхідного обладнання
Україна	3501	84,9	20,7	17,5	22,8	19,2	5,1	47,1	14,3	11,7	11,3
Вінницька	171	75,4	20,5	22,0	35,2	16,5	6,9	36,6	16,5	18,4	7,7
Волинська	50	91,1	18,8	26,9	25,1	7,5	7,2	13,8	1,6	4,6	19,3
Дніпропетровська	177	83,3	14,7	17,2	19,6	12,8	9,4	40,3	16,9	20,0	12,9
Донецька	125	94,8	34,1	17,3	13,6	39,9	3,4	69,4	12,0	7,0	1,5
Житомирська	170	82,8	15,2	19,0	20,0	9,3	15,1	41,7	25,6	6,1	9,4
Закарпатська	123	82,1	23,5	20,0	27,4	36,4	0,7	42,5	16,3	12,5	11,0
Запорізька	157	85,4	29,1	12,1	21,9	19,6	2,4	46,8	14,3	8,9	5,1
Івано-Франківська	176	75,9	28,9	26,7	10,7	10,5	4,5	25,7	10,9	7,7	10,7
Київська	147	93,4	13,5	8,5	19,1	12,8	1,9	52,7	12,1	29,2	10,3
Кіровоградська	185	82,0	15,5	15,8	36,9	7,0	4,4	46,3	26,2	17,5	8,6
Луганська	136	88,7	25,4	12,3	46,3	33,0	1,4	50,9	16,3	12,2	11,9
Львівська	169	88,0	15,2	13,0	24,8	24,1	4,8	50,9	13,0	10,4	15,0
Миколаївська	99	87,9	10,4	11,6	29,1	13,8	6,8	68,0	18,5	19,2	19,1
Одеська	118	84,7	16,3	33,0	28,5	17,2	2,5	47,1	24,1	18,3	7,0
Полтавська	195	90,3	27,1	22,7	10,1	15,2	5,7	55,5	7,9	10,2	23,5
Рівненська	188	85,7	21,7	24,2	15,4	20,7	4,5	35,2	13,1	7,7	11,1
Сумська	136	55,2	21,3	17,8	26,3	41,8	7,1	48,3	4,3	2,4	17,3
Тернопільська	65	90,3	11,7	7,1	24,8	9,3	1,4	27,2	17,4	11,9	7,0
Харківська	79	63,1	12,6	14,2	36,7	25,8	5,9	67,3	20,6	13,7	12,7
Херсонська	200	94,5	20,0	15,9	25,7	8,2	2,1	60,6	7,3	5,2	7,6
Хмельницька	78	64,3	28,6	17,1	17,3	14,7	2,6	11,6	3,4	9,1	1,6
Черкаська	168	83,2	17,4	22,9	26,2	9,3	2,2	61,6	16,6	4,0	21,8

Чернівецька	160	90,0	15,4	17,5	19,4	16,0	4,9	33,1	7,4	9,7	26,2
Чернігівська	147	97,5	23,2	20,8	19,5	9,4	3,9	30,5	4,0	1,8	5,1
м. Київ	82	94,6	19,8	3,1	9,0	8,4	8,7	26,5	13,1	5,0	16,4



Рис. 3.20. Найважливіші аспекти надання амбулаторної допомоги (серед споживачів амбулаторної допомоги): розподіл за роками. Можна було обрати до трьох відповідей

Отже, з кожним роком зростає частка споживачів амбулаторної допомоги, які отримують її в амбулаторіях сімейної медицини, і, відповідно, зменшується частка тих, кого обслуговують поліклініки. По Україні загальна частка пацієнтів, яким надають амбулаторну допомогу в ЦПМСД, становить близько десяти відсотків і не змінюється.

У м. Києві найбільша частка споживачів амбулаторної допомоги отримують її в амбулаторіях сімейної медицини та ЦПМСД, і найменша — у поліклініках. У Харківській області — найбільша частка споживачів амбулаторної допомоги у ФАПах і найменша — у ЦПМСД. Мешканці Хмельницької області більше за інших послуговуються амбулаторною допомогою у приватних кініках і викликають лікаря додому.

З кожним роком у півтора рази порівняно з попереднім зростає частка тих, хто має направлення до вузького спеціаліста.

Фінансова доступність амбулаторної допомоги за різними показниками поступово збільшується або не змінюється.

Розділ 4. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Основні результати розділу

- 12% ($N = 1362$) респондентів повідомили, що протягом останніх 12 місяців мали випадки госпіталізації, тоді як 88% ($N = 8763$) вказали на відсутність такого досвіду.
- За даними опитування, **середній термін перебування** хворого у стаціонарі становив 15 ночей (медіанне значення показника — 10 днів, що ідентично результатам попередніх років).
- У результаті поставленого запитання «**Хто направив Вас на останню госпіталізацію**» виявилось, що 18% опитаних — пацієнтів стаціонару обрали варіант відповіді «власне рішення», 24% були госпіталізовані «по швидкій допомозі», для 11% опитаних це була повторна госпіталізація. Лише 47% респондентів вказали на направлення від лікарів, які зайняті наданням первинної або спеціалізованої амбулаторної допомоги.
- Загалом у 2018 р. частка госпіталізованих, які мали досвід сплати за надану допомогу, суттєво зросла порівняно з попередніми роками і склала 88% (2017 р. — 68%, 2016 р. — 64%). Розмір оплати за госпіталізацію становить 200 грн (медіана) або 4813 грн (середнє значення), стандартна похибка — 3573 грн.
- **Найбільш проблематичним аспектом стаціонарного лікування є «забезпеченість ліками»:** 66% дають оцінку «погано» в 2018 р. (61% у 2017 р. та 66% у 2016 р.) та на додачу «якість харчування»: негативно оцінюють 44% в 2018 р. (43% та 42% в 2017 та 2016 роках відповідно).
- Порівнюючи важливість із щорічними оцінками параметрів допомоги, найважливіший аспект — «кваліфікація лікарів» оцінена респондентами здебільшого позитивно. Натомість важливий аспект «забезпеченість ліками» та «доступність діагностичних і лабораторних обстежень» оцінюється споживачами стаціонарної допомоги негативніше.

Стаціонарна допомога відрізняється від амбулаторної тим, що людина перебуває триваліший час у закладі охорони здоров'я під час госпіталізації, тобто не має можливості бути повноцінним членом суспільства — здійснювати економічну активність, брати участь у сімейних справах тощо. З точки зору системи охорони здоров'я, стаціонарна допомога є більш високовартісною, потребує високоспеціалізованих фахівців, дороговартісного медичного обладнання, особливих біомедичних рішень та налагодження управлінських і медичних процесів усередині великого закладу. Загалом надання стаціонарної допомоги «споживає» приблизно 50% загальних витрат на охорону здоров'я³².

У пострадянських країнах особливістю більшості систем охорони здоров'я є те, що люди не звертаються по амбулаторну допомогу через наявні бар'єри, як-то фінансові

³² HOSPITAL PAYMENT SYSTEMS IN EUROPE <https://www.cesifo-group.de/DocDL/dicereport410-db5.pdf>

(дорого, не вистачає грошей оплатити послугу «з кишені»), географічні (заклад розміщений далеко і до нього складно дістатися) та фізичні (довгі черги в закладі, відсутній лікар на робочому місці). Тож «непроліковані випадки» стають запущеними або ж, інакше кажучи, люди не приділяють своєму здоров'ю та захворюванням на ранніх стадіях належної уваги, що призводить до більшої потреби в стаціонарній — більш високоякісній — допомозі.

Всесвітня організація здоров'я (ВОЗ) переконує, що стаціонари — лікарні відіграють важливу роль у системі охорони здоров'я, оскільки надають експертну підтримку первинній ланці, допомагають координувати й інтегрувати знання та практику. Лікарні — стаціонари також часто є платформою для навчання лікарів, медсестер та інших фахівців охорони здоров'я, а також є вкрай важливими для проведення клінічних досліджень. Лікарні мають бути стійкими, здатними надавати допомогу та нарощувати послуги в надзвичайних ситуаціях³³.

Однак найбільш проблематичними аспектами в госпітальному секторі залишаються (а) слабкі управлінські практики, які рідко ігнорують аналіз вартості допомоги, (б) брак зв'язку між лікарнями та системою охорони здоров'я, (в) хронічний брак ресурсів у країнах з низьким і середнім доходом, що супроводжується недофінансуванням системи охорони здоров'я в цілому, (г) і переважання лікувальної орієнтації лікарень замість більшого залучення в превентивну допомогу громадам, як і сприяння здоров'ю³⁴. До завдань, які ставлять перед пострадянськими країнами, належить здебільшого фінансування власне наданої допомоги, а не «ліжок».

Досвід українських споживачів стаціонарної допомоги порівняно із сусідніми країнами (Польща, Литва, Угорщина тощо) свідчить про те, що українці менш спроможні оплатити медичну допомогу та більш схильні до відкладання стаціонарного лікування³⁵. Аналогічно українці менш задоволені стаціонарною допомогою, аніж споживачі госпітальної допомоги в сусідніх країнах Європейського Союзу.

З 2015 р. в Україні відбувається потужний рух до довгоочікуваних змін в охороні здоров'я: більшість змін у наданні медичної допомоги відчувається вже в 2018 р. надавачами та споживачами первинної ланки медичної допомоги (див. Розділ 6 Звіту). Проте Міністерство охорони здоров'я разом з партнерськими організаціями в 2018 р. розпочало реформу фінансування вузькоспеціалізованої, госпітальної та екстреної медичної допомоги. Пілотується новий спосіб фінансування за надану допомогу з використанням діагностично-споріднених груп.

³³ Всесвітня організація здоров'я. <http://www.who.int/hospitals/hospitals-in-the-health-system/en/>

³⁴ Всесвітня організація здоров'я. <http://www.who.int/hospitals/management-and-quality/en/>

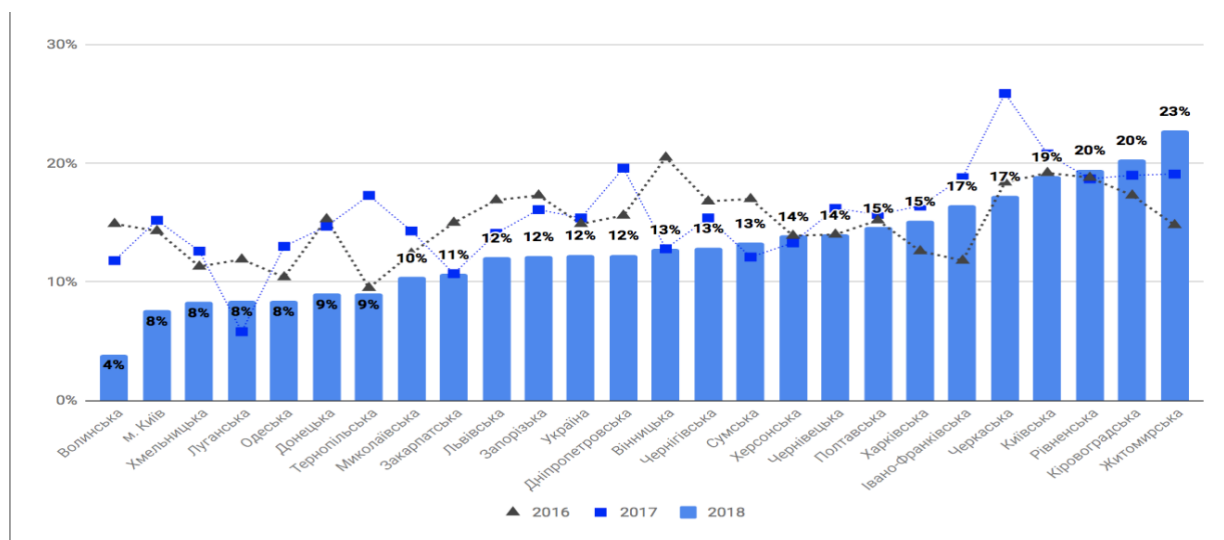
³⁵ Tambor, M., Pavlova, M., Rechel, B., Golinowska, S., Sowada, C., & Groot, W. (2013). The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries. *The European Journal of Public Health*, 24(3), 378–385.

4.1. Звернення по стаціонарну допомогу

На питання «**Чи були Ви госпіталізовані протягом останнього року?**³⁶» в 2018 р. відповіли 99,1% ($N = 10\,125$) опитаних. 12% ($N = 1362$) таких респондентів повідомили, що протягом останніх 12 місяців мали випадки госпіталізації, тоді як 88% ($N = 8763$) вказали на відсутність такого досвіду.

У регіональному розрізі найменший відсоток тих, хто повідомив про госпіталізацію, зафіксовано серед мешканців Волинської (4% в 2018 р.), Луганської, Одеської та Хмельницької областей і м. Києва (8% в 2018 р.) (*рис. 4.1*). Найвищі відсотки тих, хто відповів ствердно на запитання щодо досвіду госпіталізації, спостерігаються в Житомирській (23% в 2018 р.), Кіровоградській (20%), Рівненській (20%) та Київській областях (19%). Вінницька, Дніпропетровська, Запорізька, Львівська та Чернігівська області демонструють значення, які перебувають на рівні національного показника, тобто 12–13%.

Для більшості областей значення частки госпіталізованих 2018 р. є найнижчим за роки спостереження (2016–2018 рр.): так, у Тернопільській області в 2018 р. було зафіксовано значення 9%, а в 2018 р. — 17%; у Черкаській 17% у 2018 р. проти 26% у 2017 р.; у Волинській — 4% в 2018 р. проти 12% у 2017 р.; у Дніпропетровській — 12% у 2018 р. проти 20% у 2017 р.; в м. Києві — 8% проти 15%. Однак є регіони, де рівень госпіталізацій дещо збільшився, як-от у Житомирській області — з 15% у 2016 р. до 19% у



2017 р. та до 23% у 2018 р.

Рис. 4.1. Розподіл відповідей на запитання «*Чи були Ви госпіталізовані протягом останнього року*» за областями, %

³⁶ Дослівне формулювання питання: «Скільки разів Ви були госпіталізовані протягом останніх 12 місяців, не враховуючи одностороннього стаціонару, госпіталізації з дитиною, але включаючи госпіталізацію, пов'язану з вагітністю та пологами? ____ разів».

Щодо соціально-демографічних особливостей наявності досвіду госпіталізації, то 14% жінок ($N = 982$) вказали на випадки госпіталізації (*табл. 4.1*) проти 11% чоловіків ($N = 380$) (17% і 14% у 2017 р. відповідно). Найбільше респондентів, які були госпіталізовані, перебувають у віковій групі 60 років і старші (16% у 2018 р. проти 20% у 2017 р.), найменше — в групі молоді віком від 18 до 29 років (11% у 2018 р. проти 13% у 2017 р.).

Таблиця 4.1. Розподіл відповідей на питання «Чи були Ви госпіталізовані протягом останнього року»: соціально-демографічний розріз

		Були госпіталізовані до стаціонару протягом останніх 12 місяців						Кількість ночей, проведених у стаціонарі за останні 12 місяців	
		2018		2017		2016		2018	
		так	ні	так	ні	так	ні	середнє	медіана
Загалом	%	12,3	87,7	15,4	84,6	14,9	85,1	15,4	10
	N	1362	8763	1650	8457	1607	8562		
СТАТЬ	чоловік	%	10,5	89,5	14,1	85,9	12,5	15,9	10
		N	380	2982	519	2861	469		
	жінка	%	13,8	86,2	16,5	83,5	16,9	15,1	10
		N	982	5781	1131	5596	1138		
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	%	10,8	89,2	12,6	87,4	11,8	11,4	7
		N	157	1120	193	1174	195		
	30–44 роки	%	8,8	91,2	13,5	86,5	12,8	12,3	8
		N	255	2282	324	2085	330		
	45–59 років	%	13,1	86,9	14,9	85,1	15,1	17,3	10
		N	381	2536	454	2505	443		
	60 років та більше	%	16,4	83,6	19,9	80,1	19,1	17,6	10
		N	569	2825	679	2693	639		
ТИП МІСЦЕВОСТІ	міська	%	12,7	87,3	15,3	84,7	14,4	16,2	10
		N	852	5240	1028	5252	986		
	сільська	%	11,6	88,4	15,7	84,3	16,1	13,5	10
		N	510	3523	622	3205	621		
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	%	11,0	89,0	17,9	82,1	15,6	15,1	9
		N	103	731	216	1102	396		
	1001–1500 грн	%	13,6	86,4	17,6	82,4	16,4	18,4	10
		N	203	1167	431	1959	472		
	1501–2000 грн	%	13,9	86,1	17,5	82,5	14,7	13,2	10
		N	291	1641	296	1342	230		
	2001–2500 грн	%	14,2	85,8	14,3	85,7	16,3	16,3	10
		N	152	808	111	607	98		
	понад 2500 грн	%	10,6	89,4	13,9	86,1	13,0	14,9	9
		N	270	1935	175	969	67		

Як і в попередні роки, суттєвих відмінностей між жителями міської та сільської місцевостей у досвіді госпіталізації не виявлено (відповідно 13% і 12%). По 14% ствердних

відповідей щодо досвіду госпіталізації припадає на групи осіб із рівнем доходів 1001–1500 грн, 1501–2000 грн та 2001–2500 грн на місяць, тоді як у групі осіб з найменшим (до 1000 грн) та з найбільшим (понад 2500 грн) доходом — 11% мають досвід госпіталізації протягом останнього року.

Серед тих, хто мав досвід госпіталізації протягом останнього року, 86% респондентів повідомили про наявність **одного випадку госпіталізації протягом останніх 12 місяців**, 10% — були двічі госпіталізовані, решта 4% — звітують про три і більше випадків. Значних відмінностей щодо кількості госпіталізацій між значеннями 2017 та 2018 років, між групою жінок (85% — 1 госпіталізація) і чоловіків (87%), мешканців сільської (84%) та міської (86%) місцевості немає. Проте 21% опитаних з меншим рівнем доходів (до 1000 грн на місяць на особу) мали дві та більше госпіталізацій протягом останнього року, на відміну від 13% опитаних з рівнем доходів 1501–2000 грн і 12% з доходами понад 2500 грн. Це може свідчити як про нерівності в якості стаціонарної допомоги, так про складніші стани серед людей з нижчим рівнем доходів.

За даними опитування **середній термін перебування** хворого в стаціонарі становив 15 ночей (медіанне значення показника — 10 днів, що ідентично результатам попередніх років) (*рис. 4.2*).

Цікаво, що половина пацієнтів стаціонару Одеської, Закарпатської та Запорізької областей звітують про те, що перебували на стаціонарному лікуванні до одного тижня, тоді як на національному рівні 35% пацієнтів перебували у стаціонарі до одного тижня. Відповідно в більшості областей спостерігається схожа ситуація на загальноукраїнську — менша частка пацієнтів звітує про тривалість лікування в стаціонарі «до тижня».

Порівнюючи результати 2017 та 2018 років, найбільша відмінність у регіональному розрізі спостерігаємо в Луганській області, де на 6 днів скоротилася середня тривалість госпіталізації (з 22 ночей у 2017 р. до 16 в 2018 р.), натомість у Миколаївській області середня та медіанна тривалість збільшилася з 14 (медіана — 10³⁷) ночей у 2017 р. до 21 ночі (медіана — 12) у 2018 р.

Аналіз подальших даних щодо госпіталізації в регіональному розрізі неможливий через недостатню наповненість груп для порівняння, тому результати представлені здебільшого на національному рівні та в розрізі соціально-економічних особливостей.

³⁷ Оскільки розподіл значень не є нормальним, наприклад, кілька значень суттєво вищі за інші, наводимо як середнє значення, що відображає розкид цифр, так і медіанне. Медіанне значення: якщо ми всі цифри впорядкуємо в один ряд, то воно буде рівно посередині.

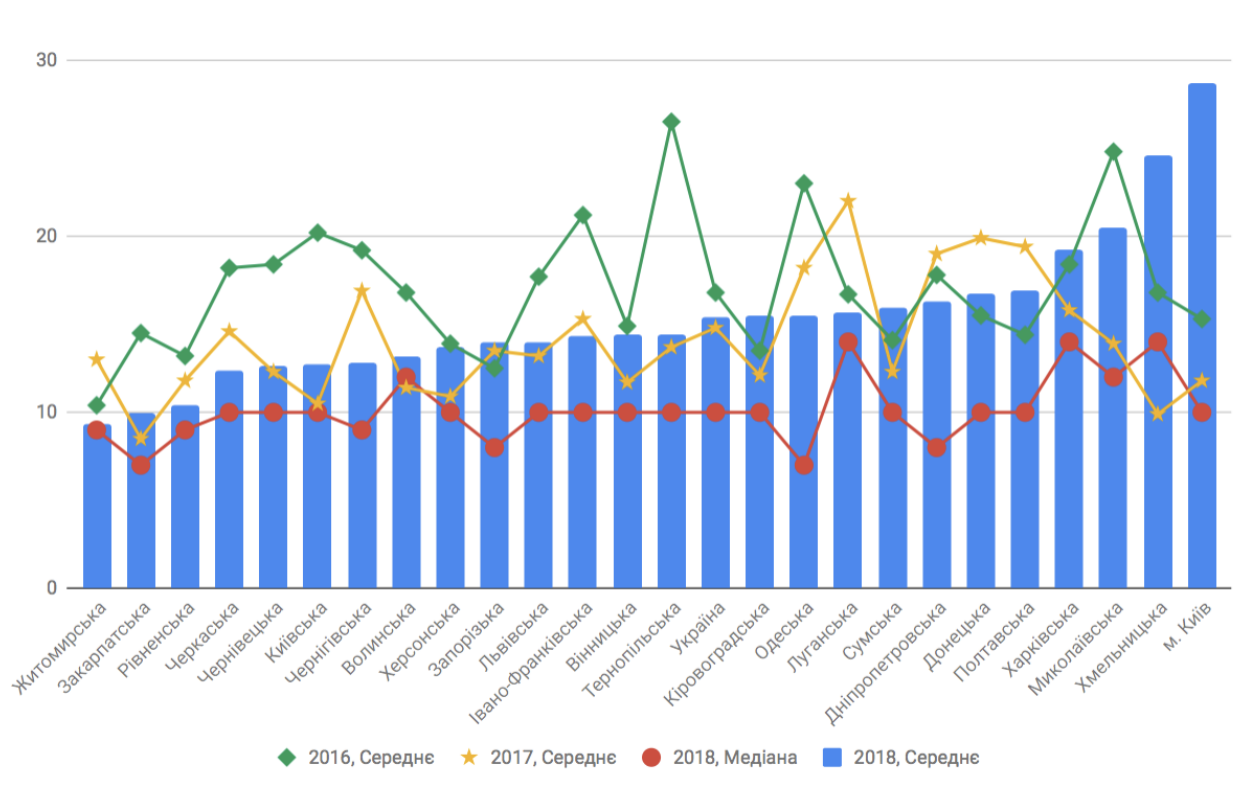


Рис. 4.2. Середня тривалість останньої госпіталізації: регіональний розріз

Щодо соціально-демографічних особливостей, то жінки й чоловіки проводили у стаціонарі майже однакову кількість ночей (у середньому 15 ночей проти 16 відповідно), хоча більша частка чоловіків перебували на тривалішому лікуванні (26% чоловіків проти 18% жінок перебували в стаціонарі більше двох тижнів). Старші люди вказують на тривалішу госпіталізацію — в середньому 17–18 ночей у групі 45–59 та 60 і більше років на противагу 11–12 ночей у групах 18–29 та 30–44 роки відповідно. 60% госпіталізованих віком 18–29 років перебували в стаціонарі менше тижня.

У середньому 14 ночей у стаціонарі провели мешканці сільської місцевості (16 ночей — мешканці міської місцевості). Щодо тривалості лікування в різних групах доходів, то про найменше ночей на госпітальному ліжку (власне, 13 ночей) повідомляють особи з доходом 1501–2000 грн, а найбільше — 18 ночей особи з доходом 1001–1500 грн.

На питання «Скільки часу Вам довелося чекати в лікарні, перш ніж Вас оглянули лікарі стаціонару?» ми отримали 1245 відповідей. У середньому пацієнт стаціонару очікує на огляд лікаря 33 ± 3 хв (медіана — 15 хв). Якщо ж звернути увагу на значення часу очікування серед різних соціально-демографічних груп, то різниці практично немає в досвіді жінок і чоловіків (34 ± 4 та 32 ± 3 хвилини відповідно) та мешканців сільської й міської місцевості (31 ± 4 та 34 ± 4 хвилини відповідно). Проте опитані особи молодшого віку в середньому очікують довше (44 ± 13 хвилин серед опитаних віком 18–29 на противагу 29 ± 3

хвилини серед тих, кому 60 років і більше). Або ж про 40 ± 9 хвилин очікування повідомляють особи з рівнем доходів 1501–2000 грн, тоді як дещо менш заможні особи з доходом 1001–1500 грн на місяць очікували огляду лікарем менше — 25 ± 3 хвилини. Порівнюючи результати з попереднім роком, доходимо висновку, що аналогічно і в 2017 р. найдовше очікували опитані з молодшої вікової групи та особи з вищим рівнем доходів.

Розподіл відповідей на запитання про діагноз, а саме «**Яким був Ваш діагноз в момент прибуття до стаціонару?**», ми отримали такий розподіл: 29% опитаних вказали, що причиною їхньої останньої госпіталізації в стаціонар стали хвороби органів кровообігу, 11% — хвороби органів травлення й 10% — вагітність, пологи. Менше опитаних повідомили про такі причини госпіталізації — захворювання кістково-м'язової системи та сполучної тканини (8%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (7%), хвороби сечостатевої (9%) та ендокринної систем (5%), новоутворення (3%) (*табл. 4.2*).

Таблиця 4.2. Причини останньої госпіталізації: серед усіх респондентів, які мали досвід стаціонарного лікування

<i>Запитання анкети В3.4</i>		
<i>Загальна кількість пацієнтів, які дали відповідь на питання N = 1197</i>	%	N
Діагноз не встановлено	0,6	4
Хвороби системи кровообігу	28,8	387
Хвороби органів дихання	11,2	122
Вагітність, пологи та післяпологовий період	10,4	108
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	7,5	88
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	6,6	68
Хвороби сечостатевої системи	8,8	92
Новоутворення	2,7	37
Хвороби ендокринної системи	5,2	70
Хвороби нервової системи	2,9	39
Хвороби ока та придаткового апарата	2,1	30
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	1,1	8
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,9	10
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	0,3	5
Розлади психіки та поведінки	0	1
Хвороби крові та кровотворних органів	0,4	4
Хвороби органів травлення	10,6	124
Загалом	100,0	1197
<i>ВС/ВД</i>	<i>12,4</i>	<i>165</i>

На хвороби системи кровообігу як причину останньої госпіталізації вказали однаковий відсоток чоловіків та жінок (28 і 29%), більше людей старшого віку: 35% серед 45–59-річних і 49% серед тих, кому 60 років і старших. Найбільші відмінності серед жінок і чоловіків помічені у випадку травм, отруєння тощо (11% чоловіків проти 4% жінок) та у випадку хвороб органів травлення (14% чоловіків проти 8% жінок). Більший відсоток жителів міської місцевості були госпіталізовані через хвороби органів дихання (13% проти 7% сільської місцевості), але більше мешканців сільської місцевості були пацієнтами стаціонару через травми, отруєння тощо (9% проти 5% міських жителів).

Респонденти у віковій групі 18–29 років вказували хвороби органів дихання (21%), травлення (11%) та вагітність, пологи і післяпологовий період (39%) як основні причини їхньої госпіталізації. Для осіб віком 30–44 роки характерними були такі причини госпіталізації: 21% — вагітність, пологи, 14% — хвороби органів дихання, 14% — сечостатевої системи, 11% — кістково-м'язової системи та сполучної тканини, 12% — хвороби органів травлення, 9% — травми, отруєння та інші зовнішні причини. У віковій групі 45–59 років основні причини госпіталізації розподілилися так: системи кровообігу (35%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (10%), хвороби органів травлення (10%), хвороби органів дихання (9%), травми, отруєння й інші зовнішні причини (8%) і сечостатевої та ендокринної систем (8%).

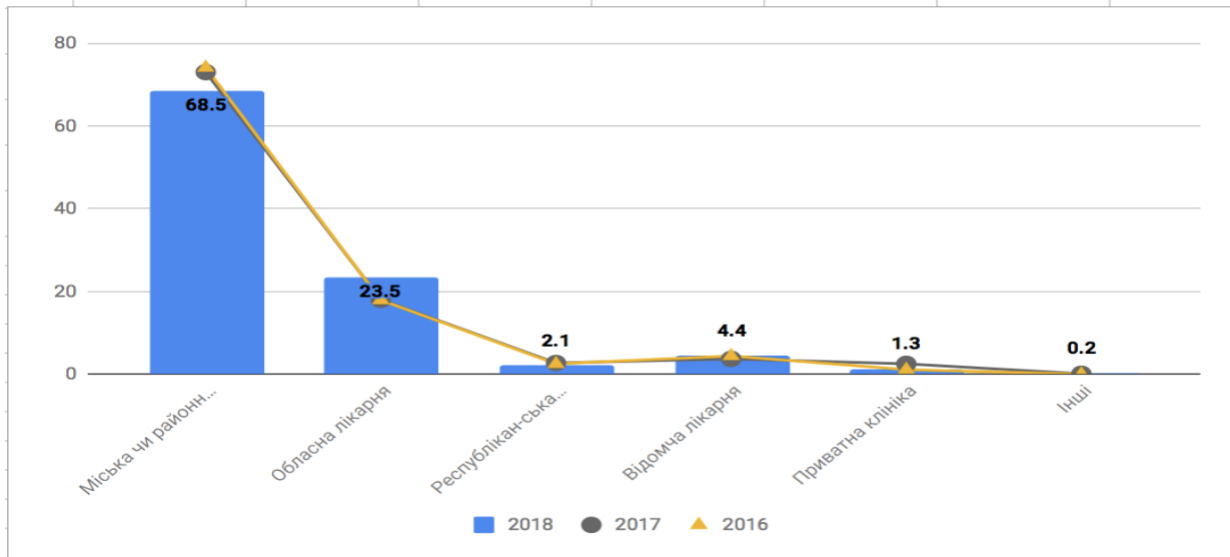
У 2018 р. ми помітили найменшу частку опитаних, хто зазначив, що діагноз не був встановлений — 0,6%, тоді як у 2017 р. — 9%, а в 2016 р. — 6% зазначали «діагноз не встановлений».

4.2. Вибір надавача стаціонарної допомоги

Питання **«Куди Ви були госпіталізовані останнього разу?»** дало такий розподіл відповідей у 2018 р.: 67% пацієнтів стаціонару — респондентів були госпіталізовані в міські лікарні або центральні районні лікарні (ЦРЛ) (*рис. 4.3*). Кожен четвертий з опитаних лікувався в обласних лікарнях, тоді як у закладах національного рівня — майже 2%, у приватних і відомчих закладах відповідно 1,3% та 4,4% опитаних. Спостерігаються незначні коливання між роками.

Дещо більша частка жінок (72%) отримували стаціонарне лікування в міській чи районній лікарні, порівняно з чоловіками (64%), і навпаки — у відомчій лікарні: 8% чоловіків проти 2% жінок. 8% пацієнтів стаціонару — респонденти віком від 30 до 40 років перебували у відомчій лікарні проти 3–4% опитаних в інших вікових групах. Респонденти, які мешкали в міській місцевості, переважно госпіталізувалися у «міські чи районні лікарні»

(70% проти 63% мешканців сільської місцевості). Опитані із сільської місцевості частіше ставали пацієнтами обласної лікарні: 28% проти 21% мешканців міської місцевості. Споживання стаціонарних послуг у відомчих (5% серед мешканців міської та 4% сільської місцевості) і приватних лікарнях (1% в обох групах) не має значущих відмінностей.



правки на рис.: Міська чи районна... Республіканська...

Рис. 4.3. Розподіл відповідей на запитання: «Куди Ви були госпіталізовані останнього разу?»

У результаті поставленого питання «Хто направив Вас на останню госпіталізацію» виявилось, що 18% опитаних — пацієнтів стаціонару обрали варіант відповіді «власне рішення», 24% були госпіталізовані «по швидкій допомозі», для 11% опитаних це була повторна госпіталізація (рис. 4.4). Лише 47% респондентів вказали на направлення від лікарів, які зайняті наданням первинної або спеціалізованої амбулаторної допомоги. Значущої різниці між роками ми не спостерігаємо.

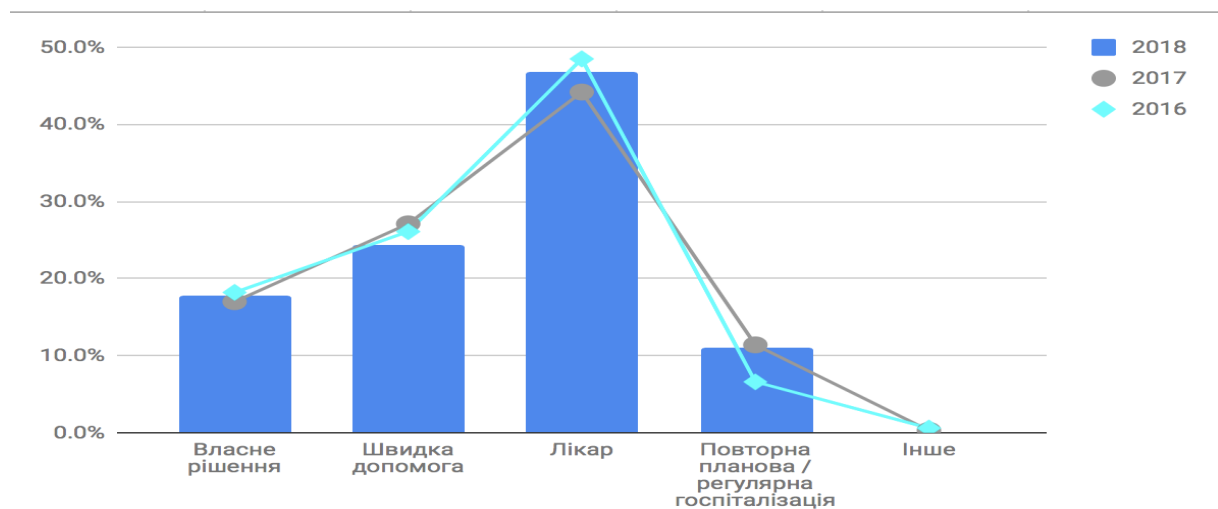


Рис. 4.4. Розподіл відповідей на питання: «Хто направив Вас на останню госпіталізацію»

Більша частка жінок вказала на надходження в стаціонар завдяки бригаді екстреної медичної допомоги (ЕМД) у 2018 р. (27% проти 20% серед чоловіків), хоча в 2017 р. значення були майже ідентичні (26% і 28% відповідно). Щодо відмінностей у направленні в різних вікових групах, то дещо більше опитаних у групі 60+ років вказали на швидку допомогу: 32% проти 25% у групі 18–29 років, 16% у групі 30–44 роки та 21% у групі 45–59 років. Відносно значна частка тих, хто був госпіталізований за направленням лікаря перебували в групі 30–44 роки: 58% проти 48% серед 18–29-річних, 47% серед 45–59-річних і 40% у групі 60+.

Ми також ставили запитання щодо особистих преференцій у разі госпіталізації, а саме **«Чому Ви обрали саме цей заклад?»** Виявлено, що 77% не обирали закладу для госпіталізації (59% обрали відповідь «не обирали» та ще 18% привезла швидка допомога), що ідентично значенням попередніх років (з незначними коливаннями). Решта опитаних, які обирали заклад, вказали на важливість таких атрибутів, як наявність необхідного обладнання 13% у 2018 р., 8% у 2017 р. та 11% у 2016 р. компетентність медичного персоналу 11% у 2018 р., 7% у 2017 р. та 9% у 2016 р. (*табл. 4.3*).

Аналізуючи відмінності між різними соціально-демографічними групами, доходимо висновку, що дещо більша частка жінок стверджує, що не обирала закладу: 60% жінок проти 57% чоловіків обрали відповідь «направлення лікаря» та 21% проти 15% відповідно надійшли в стаціонар «по швидкій допомозі». Більша частка опитаних віком 30–44 та 45–59 років вказують на те, що були госпіталізовані за направленням лікаря (61% і 62% проти 56% серед 18–29-річних і в групі 60+), але більший відсоток опитаних у групі 60+ зазначають, що їх привезла швидка допомога (проти 12–14% у групах 30–44 та 45–59 років, 20% у групі 18–29 років). Також люди віком 45–59 років більше зважають на наявність необхідного обладнання (17% проти 10–14% в інших вікових групах).

Щодо відмінностей у преференціях госпіталізації серед людей з різними статками, то 71% опитаних із доходом до 1000 грн вказує на те, що вони потрапили в стаціонар за направленням на противагу іншим групам: 58–59% з доходом 1001–2500 грн, 60% — з доходом понад 2500 грн на місяць на члена домогосподарства. Також група найменш заможних опитаних рідше потрапляє в стаціонар «по швидкій допомозі»: 11% проти 18–23% в інших групах. Значних відмінностей серед груп сільського та міського населення в можливості чи бажанні вибору надавача госпітальної допомоги не помічено.

Таблиця 4.3. Розподіл відповідей на питання «Чому Ви обрали саме цей заклад?»

Запитання анкети В3.6	2018		2017		2016	
Загальна кількість пацієнтів, які дали відповідь на запитання N = 1245	%	N	%	N	%	N
Направлення лікаря (не обираю); завжди там лікуюсь я чи члени моєї сім'ї	58,6	797	59,1	1014	58,4	957
Швидка допомога сюди привезла	18,4	244	20,5	301	16,9	230
Будівля / заклад у хорошому стані	1,9	24	1,0	16	0,9	13
Там є необхідне обладнання	13,3	171	8,3	121	10,9	159
Розташування	7,9	129	9,5	152	8,8	124
Лікар завжди присутній	4,0	57	1,8	37	2,6	39
Медичний персонал доброзичливий	3,7	50	2,7	46	3,5	54
Ліки доступні	1,2	17	0,6	8	1,5	20
Плата за обслуговування доступна чи дешева	3,2	36	1,5	22	2,0	28
Час очікування госпіталізації короткий (наявність місць)	1,8	23	1,9	25	2,0	29
Медичний персонал компетентний	11,4	135	6,8	100	9,4	126
Це приватний заклад охорони здоров'я, де якість медичної допомоги краща	2,3	31	2,4	34	1,4	19
Направила страхова компанія	0,1	2	0,6	9	0,0	0
Знайомий лікар / Порекомендували цього лікаря	7,1	93	6,6	111	8,3	121
Інше	0,4	5	1,8	32	3,4	55

4.3. Витрати «з кишені» на стаціонарне лікування

Ми запитували в тих, хто мав досвід стаціонарного лікування протягом року, який передував дослідженню, про індивідуальні витрати «з кишені» на медичну допомогу, розподіляючи витрати на (а) формальні платежі в касу закладу згідно з офіційними правилами; (б) оплату в благодійний фонд; (в) неформальні платежі, або подяки лікарям; а також витрати на (г) товари медичного призначення. Щоправда, категорія «товари медичного призначення» з'явилася в даному дослідженні лише в 2017 р..

Кожен третій респондент ($N = 390$) серед тих, хто був госпіталізований у стаціонари протягом останніх 12 місяців, вказав, що **сплачував за лікування на рахунок благодійного фонду або іншої організації** (серед них 67% — на вимогу). Аналогічна частка респондентів — платників на рахунок благодійних фондів серед госпіталізованих помічена і в попередніх хвилях дослідження — у 2017 та 2016 роках (*рис. 4.5*). Середній «благодійний» платіж у 2018 р. склав 633 грн (4794 грн — стандартне відхилення, 100 грн — медіана).

Дещо збільшилася частка респондентів — споживачів стаціонарної допомоги, які **сплачували за медичну допомогу в касі згідно з офіційними правилами**: 32% у 2018 р. ($N = 346$) проти 29% у 2017 р. та 28% у 2016 р. Середній платіж «у касу» в 2018 р. становив 3622 грн (12 109 грн — ст. відхилення, 400 грн — медіана).

24% ($N = 228$) опитаних серед тих, хто мав досвід стаціонарного лікування протягом останнього року, сплачували **неформально** (серед них 52% — на вимогу). Ідентичні частки опитаних звітували про неформальну сплату й у 2016 та 2017 роках. Середній неформальний платіж у 2018 р. становив 2910 грн (10 537 грн — ст. відхилення, 500 грн — медіана) (*табл. 4.4*).

Найбільший відсоток госпіталізованих мали витрати на товари медичного призначення, якщо порівнювати з попередніми типами оплати: 63% в 2018 р. проти 60% у 2017. Середній платіж у 2018 р. становив 375 грн (799 грн — ст. відхилення, 100 грн — медіана).

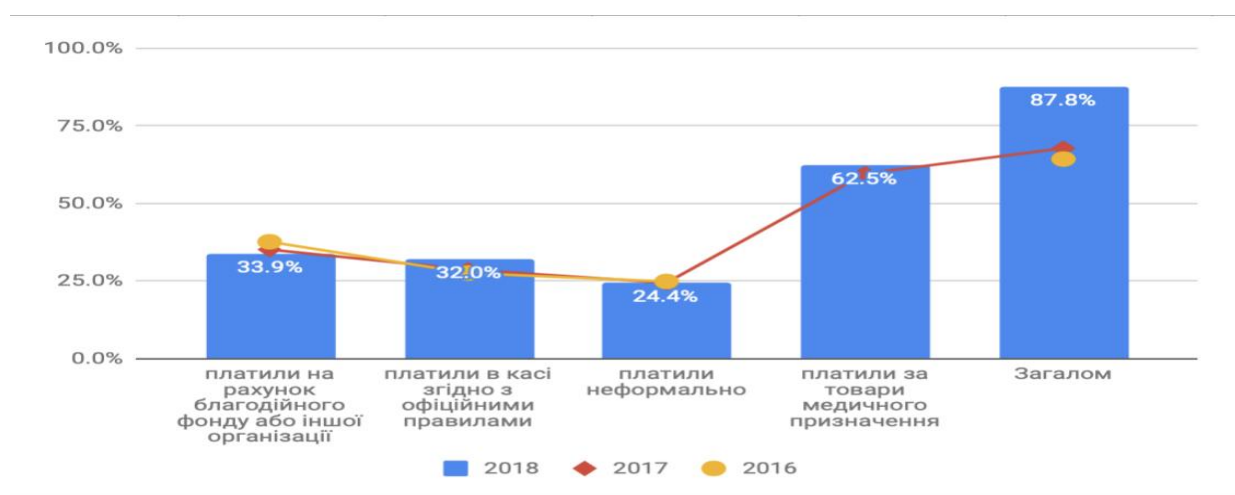


Рис. 4.5. Частка госпіталізованих осіб, які мали досвід оплати за стаціонарну допомогу й за товари медичного призначення

Таблиця 4.4. Частка платників і розмір платежу під час останньої госпіталізації, % та грн

Показник		2018	2017
Частка осіб, які сплачували за стаціонарне лікування під час останньої госпіталізації			
Частка осіб, які платили на рахунок благодійного фонду або іншої організації	%	33.9	35.1
	N	390	485
Частка осіб, які платили в касі згідно з офіційними правилами	%	32.0	28.6
	N	346	372
Частка осіб, які платили неформально	%	24.4	24.4
	N	228	288
Розмір платежу за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації, грн			
серед тих, хто платив на рахунок благодійного фонду або іншої організації			
Медіана	грн	100,00	100,00
Середнє	грн	633,37	1048,51
Стандартна похибка	грн	4794,96	217,67
серед тих, хто платив у касі згідно з офіційними правилами			
Медіана	грн	400,00	500,00
Середнє	грн	3622,48	3356,67
Стандартна похибка	грн	12 109,38	627,29
серед тих, хто платив лікарю неформально			
Медіана	грн	500,00	400,00
Середнє	грн	2910,50	2520,95
Стандартна похибка	грн	10 527,73	574,19
Частка осіб, у кого вимагали плату за стаціонарну допомогу			
Серед тих, хто платив на рахунок благодійного фонду або іншої організації	%	67.0	66.9
	N	250	317
Серед тих, хто не платив на рахунок благодійного фонду або іншої організації	%	4.6	5.3
	N	38	36
Серед тих, хто платив лікарю неформально	%	51.7	54.6
	N	107	137
Серед тих, хто не платив лікарю неформально	%	4.1	3.2
	N	41	34
Загальний розмір плати за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації*			
Медіана	грн	200	200
Середнє	грн	4812,90	2715,81
Стандартна похибка	грн	3573,24	368,96
Покращені умови перебування у стаціонарі			
Сплачували за стаціонарну допомогу*	%	87,8	67,8
	N	1195	1107
Оплата передбачала покращені умови (серед тих, хто сплачував)*	%	4,7	5,3
	N	48	59

Загалом у 2018 р. частка госпіталізованих, які мали досвід сплати, суттєво зросла і склала 88%, тоді як у 2017 р. цей відсоток становив 68% і в 2016 р. — 64%. Розмір оплати за госпіталізацію становить 200 грн — медіана, або 4813 грн — середнє значення (3573 грн — стандартна похибка).

Третина опитаних, які мали досвід госпіталізації, сплачували один раз, або робили один платіж (35%), тоді як 3% робили всі чотири оплати, а 21% — сплачували двічі, й 11% — тричі.

З усіма типами оплати за стаціонарну допомогу частка жінок-платників є дещо вищою, аніж частка чоловіків-платників (*табл. 4.5*): 38% жінок проти 28% чоловіків звітують про досвід сплати благодійного внеску, 35% проти 28% сплачували згідно з офіційними правилами, 27% проти 20% оплатили допомогу неформально, а 69% проти 52% мали витрати на товари медичного призначення. Щодо вікових відмінностей, то про досвід неформальної оплати більше звітували молодші споживачі стаціонарної допомоги: 30% проти 19% людей віком 60+, й аналогічно, хоч і з дещо меншою різницею, ми помічаємо меншу частку старших людей віком 60+ 29%, хто сплачував згідно з офіційними правилами проти 39% людей віком 30–44 роки. Також дещо менше мешканців сільської місцевості вказують на оплату «в касу» (27% проти 34%) та неформально (16% проти 28% відповідно). Дані цифри стосуються лише опитаних, які мали досвід як госпіталізації, так і сплати за допомогу. Тут не врахована фінансова допомога від членів родини, які могли покривати частину витрат.

Щодо відмінностей у досвіді оплати в розрізі груп доходу, то майже по всіх типах платежів спостерігається більша частка платників серед менш заможних груп: 49% з групи доходів до 1000 грн сплачували на благодійний рахунок проти 30% з групи доходів «понад 2500 грн»; 43% платили «в касу» проти 34% відповідно; 35% мали досвід неформальної оплати проти 30% найбільш заможних. Лише за товари медичного призначення більша частка платників спостерігається в групі доходів «2001–2500 грн» (76%) на противагу 60% з доходом понад 2500 грн та 69% з групи доходів «менше 1000 грн».

Відсоток жінок, у яких вимагали сплачувати за стаціонарну допомогу на рахунок благодійного фонду або іншої організації, дещо перевищував аналогічний показник серед чоловіків (про що вказали 71% жінок і 60% чоловіків), як у випадку неформальних платежів: 55% жінок на відміну від 45% чоловіків.

Таблиця 4.5. Загальний розмір оплати (грн) за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації: соціально-демографічний розріз

Критерії розподілу		Серед тих, хто сплатив за стаціонарну допомогу в будь-якому вигляді					
		2018			2017		
		медіана	середнє	стандарт. похибка	медіана	середнє	стандарт. похибка
Загалом		200,00	4812,90	3573,24	250,00	2468,72	303,15
СТАТЬ	чоловік	150,00	2337,40	594,34	200,00	2827,63	528,85
	жінка	250,00	6221,93	5597,73	265,00	2231,12	362,37
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	260,00	1438,04	199,37	420,00	2032,40	237,89
	30–44 роки	400,00	3009,62	860,56	335,00	1922,91	285,21
	45–59 років	150,00	2732,42	736,18	200,00	3816,09	1036,09
	60 років і більше	150,00	9298,79	10400,38	150,00	2114,98	423,86
ТИП МІСЦЕВОСТІ	міська	250,00	6186,15	4997,87	300,00	2969,76	430,59
	сільська	110,00	1371,75	297,60	150,00	1383,03	217,03
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	350,00	2077,25	752,44	200,00	992,94	185,96
	1001–1500 грн	150,00	2483,24	1374,15	115,00	1069,70	139,92
	1501–2000 грн	200,00	1465,30	271,87	240,00	2149,15	539,87
	2001–2500 грн	220,00	23413,63	31021,17	500,00	2030,70	460,56
	понад 2500 грн	300,00	2869,86	801,78	500,00	6422,74	1833,45

Щодо розміру оплати, то жінки загалом за стаціонарне лікування сплачували більше (6222 грн проти 2337 грн у випадку чоловіків), як і люди з міської місцевості (6186 грн проти 1372 грн серед людей, які проживають у сільській місцевості).

Хоча 88% респондентів сплачували за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації, це не передбачало покращених умов перебування у стаціонарі, про що відзначили 95% опитаних.

Дані дослідження вказують, що система надання стаціонарної допомоги функціонує покладаючись значною мірою на приватні витрати «з кишені», що свідчить про наявність фінансових бар'єрів у доступі до стаціонарних послуг. Словом, ті, хто не мають коштів на лікування, можуть не отримати допомогу.

4.4. Фінансовий тягар

Окрім індивідуального досвіду госпіталізації та відповідних витрат, ми також запитували про витрати на стаціонарне лікування за останні 30 днів (оскільки родичі можуть також брати участь у покритті витрат на лікування). У середньому 2667 грн сплачували за останні 30 днів (518 грн — ст. відхилення, 800 грн — медіана). Така оплата стосувалася 1,6% серед усіх опитаних ($N = 166$) та 7,1% ($N = 92$) серед тих, хто мав досвід госпіталізації протягом «останнього року». Це підтверджує гіпотезу про те, що витрати на стаціонарне лікування мають як госпіталізовані люди, так і їхні близькі.

Сумарні витрати за госпіталізацію протягом останніх 30 днів були значним фінансовим тягарем для пацієнтів, оскільки становили 110% доходів їхніх домогосподарств за місяць (53% — в 2017 р.). Іншими словами, у 2018 р. витрати на госпіталізацію перевищували доходи домогосподарства за місяць. Тобто якщо дохід був 3000 грн, то домогосподарство витрачало 3300 грн. Найбільше фінансове навантаження на домогосподарства зафіксовано серед респондентів з рівнем доходів до 1000 грн (700% доходу) та з рівнем доходів 2001–2500 грн (110%), мешканців міської місцевості (130%) й у віковій групі 60 і більше років (267%) та серед жінок (152%).

Ми запитували в тих респондентів, хто був госпіталізований: **«Наскільки Вам і Вашій родині було складно знайти кошти для того, щоб покрити всі витрати (формальні і неформальні), пов'язані з цим стаціонарним лікуванням: неможливо, складно чи нескладно?»** У результаті серед тих, хто мав досвід оплати 48% (5% — неможливо, 43% — складно; $N = 589$) повідомили про неспроможність оплатити стаціонарне лікування. Решта вказали на те, що було нескладно (23%) та не мали витрат (29%). Для порівняння, в 2017 та 2016 роках значення неспроможності оплати були дещо (майже на 10 в.п.) вищими — 60% та 58% відповідно. Тобто фінансова доступність стаціонарної медичної допомоги дещо покращилась у 2018 р. загалом (*табл. 4.6*), хоча деякі верстви населення мають витрати, що перевищують їхній місячний дохід (як зазначено вище).

Детальніше, складно було покрити витрати на послуги лікаря, операцію для 49% опитаних, на ліки — для 78%, на діагностику та лабораторні тести — 58% (59%, 80% та 65% відповідно в 2017 р.). Тобто покращення фінансової доступності здебільшого відбулося за рахунок більшої доступності послуг лікаря та певною мірою діагностики.

За даними опитування, дещо більш вразливими групами респондентів, яким було складно покрити всі витрати на стаціонарне лікування, виявилися люди старші 30 років: 49% у кожній віковій групі зазначили, що зазнали складнощів із покриттям витрат, проти 44% у

групі 18–29-річних людей. Мешканці сільської місцевості мають більше складнощів з витратами на лікування в стаціонарі: 55% відповіли, що складно чи неможливо було знайти гроші на лікування, проти 45% жителів міської місцевості.

Очікувано спостерігаємо відмінності в спроможності оплатити стаціонарну допомогу в групах опитаних з різними доходами, хоча відмінності не є лінійними: 60% — у найменш заможній групі, 55% — у групі 1001–1500 грн, 45% — у групі 1501–2000 грн, 56% — у групі 2001–2500 грн проти 36% у найбільш заможній групі з доходами більше 2500 грн.

Таблиця 4.6. Фінансові бар'єри в стаціонарному лікуванні

Серед тих, хто був госпіталізований протягом минулих 12 місяців / складно було покрити витрати	2018		2017		2016	
	%	N	%	N	%	N
ЗАГАЛОМ						
послуги лікаря, операція, складно	49,2	566	59,5	608	58,2	546
ліки	78,1	527	79,5	624	83,7	1025
діагностика та лабораторні тести	58,0	309	65,0	342	55,1	384
МІСЦЕ ПРОЖИВАННЯ, МІСЬКА МІСЦЕВІСТЬ						
послуги лікаря, операція, складно	46,5	354	61,7	394	57,5	332
ліки	74,1	335	80,6	396	82,5	614
діагностика та лабораторні тести	55,0	192	67,6	216	57,1	238
МІСЦЕ ПРОЖИВАННЯ, СІЛЬСЬКА МІСЦЕВІСТЬ						
послуги лікаря, операція, складно	56,5	212	54,7	214	59,5	214
ліки	88,8	192	77,0	228	86,2	411
діагностика та лабораторні тести	65,8	117	59,9	126	51,5	146

Додатковим уточнюючим запитанням для розуміння масштабу фінансової недоступності було: «Скільки всього Ваше домогосподарство мало взяти чи позичити грошей у родичів, друзів, банку, за допомогою кредитної карти або продати коштовності, майно, щоб покрити ці витрати на стаціонарне лікування?». Загалом 58% ($N = 467$) тих, хто сплачував за госпіталізацію змушені були позичати кошти в 2018 р., а в 2017 р. — 62%.

Середній розмір позичених коштів серед платників становив 14 183 грн (4000 грн — медіана), а в 2017 р. такі цифри були значно нижчими — 6759,8 грн (медіана — 3000).

Найбільші суми позичали жінки для покриття витрат на стаціонарне лікування (16 393 грн у середньому, медіана — 5000 грн проти 3000 грн медіана, яку витрачали чоловіки). Респонденти, старші 60 років позичали в середньому 21 041 грн (4000 грн — медіана) на відміну від тих, кому було 30–44 роки (8001 грн — середнє та 5000 грн медіана).

Жителі міської місцевості (середнє — 17 568 грн та медіана 4000 грн) в середньому позичали значно більші суми, аніж жителі сільської місцевості (6948 грн та 4000 відповідно).

Більше того, ставилося запитання всім респондентам: «За останні 12 місяців скільки разів Ви були хворі й потребували стаціонарного лікування, але не були госпіталізовані взагалі через брак коштів?» У 2018 р. 9% зазначили, що відмовилися від госпіталізації, тоді як у 2017 й у 2016 роках — 12% та 32% відповідно. Тож фінансовий тягар при споживанні стаціонарної допомоги став менший протягом останніх трьох років.

Частіше відмовлялися від госпіталізації через брак коштів жінки (11% проти 6% серед чоловіків); люди літнього віку (16% проти 3% у наймолодшій групі до 30 років та 6% у групі 30–45 років). 13–14% людей з доходом 1001–2500 грн були змушені відмовитися від госпіталізації на противагу 10% з менш заможної групи та 6% з найбільш заможної групи опитаних.

4.5. Лабораторні та діагностичні дослідження під час госпіталізації

91,8% ($N = 1240$) респондентів, які були госпіталізовані протягом останніх 12 місяців, повідомили, що проходили лабораторну діагностику, 76,4% ($N = 1017$) — інструментальну діагностику. Загалом майже кожен пацієнт стаціонару ($N = 1270$; 94%) проходив лабораторну та інструментальну медичну діагностику. У 2017 р. ми спостерігали практично ідентичні 2018 р. значення.

Половина споживачів (48%) лабораторно-діагностичних послуг, які також проходили лікування в стаціонарі, сплачували за такі послуги з власної кишені: в середньому — 611,70 грн (зі значно меншим стандартним відхиленням 65,46 грн), або 220 грн — медіанне значення. У 2018 р. дещо більше опитаних зазначили, що вони сплачували за лабораторно-діагностичні послуги й збільшення частки відбулося за рахунок платників за діагностичні послуги (48% у 2018 р. проти 41% у 2017 р.), тоді як частка тих, хто сплачує за лабораторні послуги, лишилася на рівні 2017 р. (28%). Середні значення платежу дещо виросли у 2018 р.: лабораторні аналізи коштували в середньому 415,63 грн (62,48 — середнє відхилення; медіана — 200 грн) на противагу 350 грн (середнє) та 100 грн (медіана) у 2017 р. Діагностичні ж послуги оплачувалися пацієнтами стаціонару в середньому розмірі 483 грн (55,21 — стандартне відхилення; 200 грн — медіана) у 2018 р., а в 2017 р. — 420 грн та 200 грн відповідно (*табл. 4.7*).

Суттєвих відмінностей щодо споживання лабораторних і діагностичних послуг між різними соціально-демографічними групами респондентів не виявлено. Однак усе ж таки дещо більші суми сплачуються жінками й мешканцями міської місцевості.

4.6. Оцінювання аспектів отриманої стаціонарної допомоги

Суб'єктивне оцінювання пацієнтами різних аспектів медичної допомоги є невід'ємною складовою покращення якості медичної допомоги, що також пов'язано з виявленням «найпроблематичніших» зон. Ми ставили запитання **«Як Ви оцінюєте такі аспекти надання Вам стаціонарної допомоги»** й у результаті чого отримали відповіді 1298 опитаних з 1362 респондентів, які мали досвід лікування в стаціонарі протягом «останнього року». У цілому 40% ($N = 547$) та 45% ($N = 580$) респондентів оцінили надання стаціонарної допомоги добре та нормально (*рис. 4.6*); погано — 15% ($N = 171$). Негативні відгуки щодо стаціонарної допомоги ростуть з кожним роком: 9% відповідей «погано» було помічено у 2016 р., а в 2017 — 12%.

Загалом чоловіки та жінки практично однаково добре/погано оцінюють спожиту стаціонарну медичну допомогу — 40% та 15% відповідно в кожній групі. Незначні розбіжності в поганій оцінці отриманої медичної допомоги помічені серед решти соціально-демографічних груп. Так, 17% більш критичних мешканців міської місцевості та 11% сільської місцевості дають загальну оцінку «погано», як і більш критичні молодші люди (19% віком 18–29 років) на противагу 15% та 13% госпіталізованих віком 30–44 та 45–59 років. Респонденти з доходами 2001–2500 грн дають оцінку «погано» дещо частіше (18%), аніж респонденти з іншими доходами (14–15%).

Серед запропонованих параметрів оцінювання стаціонарної допомоги, окрім «загальної» оцінки, ми також просили респондентів поділитися враженнями щодо ефективності лікування, забезпеченості ліками, ставлення лікарів та медсестер. Як і в попередні роки, **найбільш проблематичним аспектом стаціонарного лікування є «забезпеченість ліками»**: 66% дають оцінку «погано» у 2018 р. (61% у 2017 р. та 66% у 2016 р.) водночас «якість харчування» негативно оцінюють 44% у 2018 р. (43% та 42% у 2017 та 2016 роках відповідно).

Зрозумілість і прозорість політик оплати також часто оцінюється негативно, щоправда менша частка опитаних оцінила цей аспект «погано» — 23%, а доступність діагностичних та лабораторних обстежень отримала від 16% опитаних оцінку «погано».

Таблиця 4.7. Частка платників та розмір платежу за лабораторно-діагностичні послуги під час останньої госпіталізації: соціально-демографічний розріз

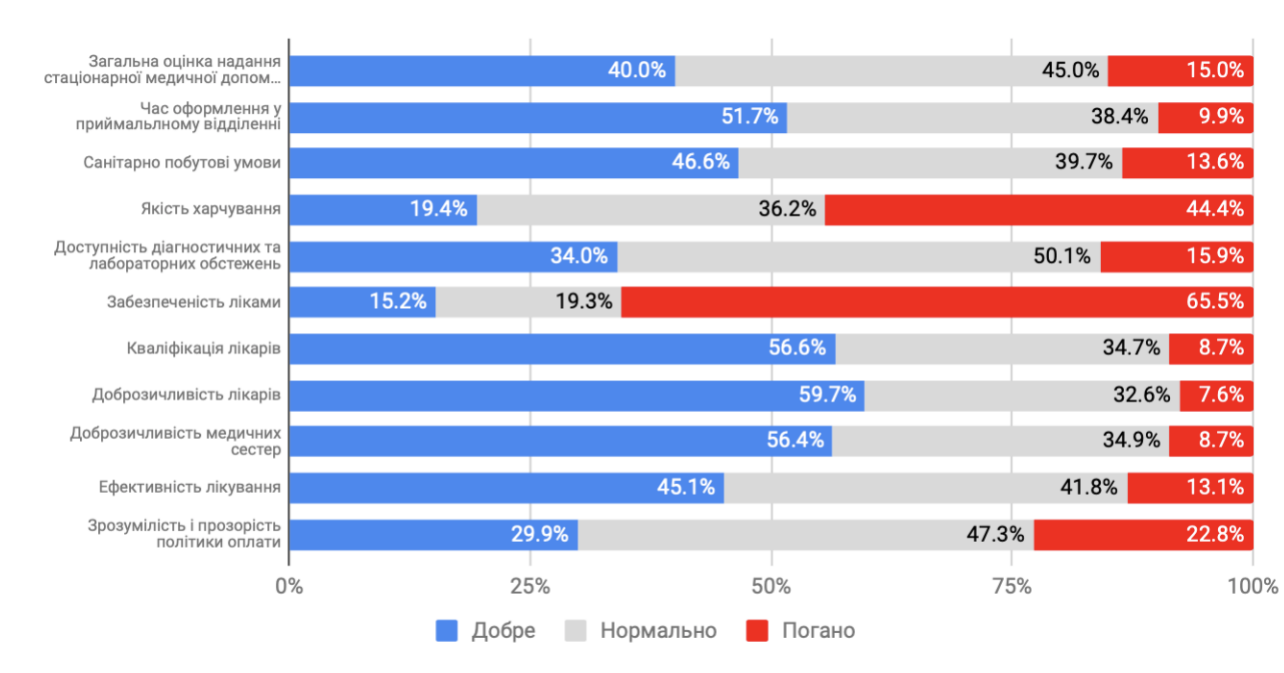
Критерії розподілу		Розмір платежу за		
		лабораторні послуги	діагностичні послуги	лабораторно-діагностичні послуги загалом
Загалом	частка платників, %	27,6	48,7	47,6
	медіана	100,00	200,00	200,00
	середнє	350,24	419,92	523,39
	стандартна похибка	49,15	31,25	45,37
СТАТЬ				
чоловік	частка платників, %	23,9	40,5	44,1
	медіана	150,00	200,00	230,00
	середнє	443,48	449,50	603,77
	стандартна похибка	82,39	51,10	74,74
жінка	частка платників, %	29,7	53,9	49,6
	медіана	100,00	200,00	200,00
	середнє	292,75	399,74	471,04
	стандартна похибка	60,90	39,38	56,86
ВІК				
18–29 років	частка платників, %	28,4	48,7	45,6
	медіана	150,00	200,00	200,00
	середнє	352,19	476,34	550,08
	стандартна похибка	69,83	108,52	111,20
30–44 роки	частка платників, %	29,0	49,9	51,6
	медіана	200,00	150,00	200,00
	середнє	376,07	375,93	517,12
	стандартна похибка	84,03	62,70	73,21
45–59 років	частка платників, %	28,6	46,9	46,6
	медіана	100,00	200,00	200,00
	середнє	478,89	484,19	665,08
	стандартна похибка	148,69	66,37	130,49
60 років та більше	частка платників, %	25,6	49,3	47,1
	медіана	86,00	200,00	180,00
	середнє	228,98	387,42	415,54
	стандартна похибка	49,14	42,97	53,85

(продовження табл. 4.7.)

ТИП МІСЦЕВОСТІ				
міська	частка платників, %	28,8	48,3	48,4
	медіана	150,00	200,00	200,00
	середнє	392,97	427,41	576,01
	стандартна похибка	65,15	36,78	61,18
сільська	частка платників, %	24,6	49,6	45,6
	медіана	80,00	200,00	140,00
	середнє	256,92	402,55	417,08
	стандартна похибка	64,63	59,23	58,59
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ				
до 1000 грн	частка платників, %	33,6	60,1	56,9
	медіана	100,00	150,00	125,00
	середнє	158,96	320,82	309,33
	стандартна похибка	33,76	66,12	52,09
1001–1500 грн	частка платників, %	32,5	42,7	44,1
	Медіана	60,00	150,00	140,00
	Середнє	211,22	298,39	338,23
	стандартна похибка	55,98	37,82	47,29
1501–2000 грн	частка платників, %	22,9	53,8	48,9
	медіана	100,00	250,00	250,00
	середнє	246,61	452,96	491,34
	стандартна похибка	47,18	67,29	73,60
2001–2500 грн	частка платників, %	31,1	61,3	56,6
	Медіана	100,00	120,00	200,00
	Середнє	282,88	357,95	482,23
	стандартна похибка	117,23	101,79	158,74
понад 2500 грн	частка платників, %	36,2	48,3	52,9
	медіана	270,00	200,00	300,00
	середнє	700,63	375,24	695,90
	стандартна похибка	189,75	81,28	148,99

Найменше критики зазнали індивідуальні характеристики надавачів медичної допомоги в стаціонарі, а саме: кваліфікація лікарів (57% добре та 35% нормально), доброзичливість лікарів (60% добре та 33% нормально) та доброзичливість медсестер (56% добре та 35% нормально). Задоволеність кваліфікацією і ставленням медичного персоналу досить висока (90–95%). Проте також параметр «час оформлення у приймальню відділенні» оцінюється позитивно: 52% дають оцінку «добре» та 38% — «нормально».

Ефективність лікування та санітарно-побутові умови мають 45–47% оцінок «добре».



помилки на рис: Час оформлення у приймальню... Санітарно-побутові умови

Рис. 4.6. Суб'єктивне оцінювання пацієнтами різних аспектів спожитої стаціонарної медичної допомоги

Ми спостерігаємо деякі відмінності в оцінках стаціонарної медичної допомоги за демографічно-соціальними групами: наприклад, якість харчування гірше оцінюють жителі міської місцевості (49% «погано» проти 33% сільської місцевості) та більш заможні респонденти (54% із доходом понад 2500 грн дають оцінку «погано» проти 39% із доходом до 1000 грн). Також «кваліфікація лікарів» зазнає більшої критики опитаними молодшого віку (19% 18–29-річних оцінюють як «погано» проти 5% віком 45–59 років). Ефективність лікування найбільше критикується опитаними з доходами 2001–2500 грн (19% на противагу 7% серед найменш заможних), а санітарно-побутові умови найменше задовольняють опитаних із найвищими доходами: 20% проти 10% серед найменш заможних та 12–14% в інших групах доходу.

Опитування передбачало не лише оцінювання окремих параметрів допомоги, а й вивчення того, що є найважливішим для пацієнта: **«Будь ласка, скажіть, які з цих аспектів найбільш важливі для Вас?»** Як і в попередні роки, для респондентів найважливішими є:

- кваліфікація лікарів: 64% у 2018 р. та 56% у 2017 р.,
- ефективність лікування: 47% у 2018 р. та 43% у 2017 р.,
- забезпеченість ліками: 43% у 2018 р. та 38% у 2017 р.,
- доступність діагностичних і лабораторних обстежень: 39% у 2018 р. та 37% у 2017 р.

Порівнюючи важливість із цьогорічними оцінками параметрів допомоги, можна побачити, що найважливіший аспект «кваліфікація лікарів» оцінений респондентами здебільшого позитивно. Натомість важливий аспект «забезпеченість ліками» і «доступність діагностичних та лабораторних обстежень» оцінюється споживачами стаціонарної допомоги негативніше.

Цікаво, що вкрай негативно оцінена «якість харчування» є одним з найменш важливих аспектів допомоги для пацієнтів (8% у 2018 р. та в 2017 р.) (*табл. 4.8*).

Таблиця 4.8. Найважливіші аспекти та оцінювання пацієнтами спожитої стаціонарної допомоги

Оцінювання	Найважливіші аспекти надання стаціонарної медичної допомоги		Оцінка аспекту, %		
	респонденти, які вважали найважливішим аспектом, %	рангове місце	«добре»	«нормально»	«погано»
кваліфікації лікарів	63,8	1	56,6	34,7	8,7
ефективності лікування	47,1	2	45,1	41,8	13,1
забезпеченості ліками	43,0	3	15,2	19,3	65,5
доступності діагностичних та лабораторних обстежень	39,1	4	34,0	50,1	15,9
санітарно-побутових умов	19,0	5	46,6	39,7	13,6
часу оформлення у приймальному відділенні	16,1	6	51,7	38,4	9,9
доброзичливості лікарів	12,2	7	59,7	32,6	7,9
зрозумілості та прозорості політики оплати	8,3	8	29,9	47,3	22,8
якості харчування	8,2	9	19,4	36,2	44,4

доброзичливості медичних сестер	4,3	10	53,2	38,1	8,7
---------------------------------	-----	----	------	------	-----

Важливо, що ранговість, або порядок, найважливіших для пацієнтів аспектів є практично незмінною протягом 2017–2018 років, хоча нагадаємо, що 2016 та 2017 роки мали певні відмінності: у 2017 році на 11,5 в.п. більше респондентів визначили «кваліфікацію лікарів» як один із найважливіших аспектів; важливість «зрозумілості та прозорості політики оплати» зросла на 4,4 в.п., а «доступність діагностичних і лабораторних досліджень» — на 5,3 в.п.

Щодо соціально-демографічного розрізу в питанні важливих аспектів стаціонарної допомоги, то особливих відмінностей не помічено. Проте більш заможні люди з доходами понад 2500 грн на місяць на людину вказують на більшу важливість санітарно-побутових умов стаціонару: 27% на противагу 14–17% в інших групах доходів.

Доступність діагностичних обстежень менш важлива пацієнтам стаціонару, які є найменш заможними, а саме з доходом менше 1000 грн: 21% проти 36–41% в інших групах; але для них практично вдвічі важливіша доброзичливість лікарів: 20% проти 11–13% у більш заможних групах опитаних.

Очікувано, що забезпеченість лікарськими засобами є менш важливою для молодших споживачів стаціонарної допомоги: 30% віком 18–29 років проти 40% віком 30–44 роки та 47% і решти старших вікових груп.

Таким чином, досвід опитаних щодо споживання стаціонарної медичної допомоги є здебільшого незмінним протягом останніх років, в які проводиться дослідження: частка госпіталізованих на національному рівні коливається від 12% у 2018 р. до 15% у 2018 р., вибір надавача стаціонарної допомоги є майже ідентичним за порівняннями між роками, як і причини госпіталізації — наявність направлення. Проте ми спостерігаємо деякі відмінності в оплаті за стаціонарну допомогу — частки тих, хто зазначив, що їм було складно оплатити допомогу, дещо скоротилася у 2018 р. порівняно з 2017 та 2018 роками. Одним із пояснень може бути дещо краще фінансове становище громадян, що відображається на купівельній спроможності.

Розділ 5. ДОСТУПНІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Основні результати розділу

- 18% споживачів амбулаторної допомоги й 7,7% від усіх опитаних відповіли ствердно на запитання про досвід споживання програми «Доступні ліки» протягом «останнього року», що відповідає результатам опитування в попередньому році.
- Серед тих, хто отримав призначення лікарських засобів, вказали на виписку рецепта в 2018 р. (42%), що практично не змінилося з 2017 р. (45%).
- 97% опитаних змогли придбати ліки, у тому числі 86% придбали всі ліки, а 11% — майже всі. Відбувається поступове зростання частки тих пацієнтів амбулаторної ланки, які здебільшого купують усі ліки: в 2017 р. 80% та в 2016 р. 76% придбали всі ліки, а майже всі — 15% та 17% відповідно.
- Для 31% ($N = 766$ опитаних) лікар пропонував дешевший і дорожчий варіант лікарських засобів, а в 2017 р. цей відсоток становив 40%.
- Щодо призначення діючої речовини, то це було актуально для 24% у 2018 р. проти 31% в 2017 р.
- Більшість споживачів амбулаторної допомоги сплачували за ліки — 97% ($N = 3175$). Регіональний, річний та соціодемографічний розріз не виявляють значних відмінностей, лише Волинська область має найнижчу частку платників — 89%.
- У середньому 793,32 грн (25,96 — ст. відхилення, 400 грн — медіана) витрачають на лікарські засоби під час амбулаторного лікування. У 2017 та 2016 роках ми спостерігаємо незначні коливання, однак немає підстав вважати, що люди витрачають більше чи менше: 400 грн — медіана в 2016 р., 350 грн — у 2017 р.

На відміну від оплати за медичну допомогу, яка має вигляд формальних, квазіформальних та неформальних платежів, витрати на лікарські засоби є здебільшого формальними витратами, але від того обсяг перешкод до лікування не стає меншим. У країнах Східної Європи значна частка витрат на охорону здоров'я пов'язується з приватними витратами (з огляду на обмежені фіскальні можливості країн), а витрати на ліки «з кишені» є найбільшою складовою таких приватних витрат. Через непосильні витрати на лікарські засоби люди змушені вдаватися до різних стратегій, спрямованих на подолання фінансових бар'єрів до лікування: позичати гроші на ліки, відкладати лікування. Більше того, з огляду на інформаційну асиметрію (на брак знань пацієнта) іноді відбуваються нераціонально високі витрати на лікарські засоби: люди купують або ліки з необґрунтованою ефективністю (фуфломіцини — див. звіт Дослідження ринку лікарських засобів з недостатньою доказовою базою³⁸), або дорожчі препарати. Саме тому «Індекс здоров'я»

³⁸ МБВ «Відродження» <http://www.irf.ua/allevnts/news/fuflomitsini/>

адресує запитання, пов'язані з використанням лікарських засобів на різних ланках медичної допомоги.

5.1. Досвід та сприйняття програми «Доступні ліки»

Починаючи з квітня 2017 р. в Україні діє програма «Доступні ліки»³⁹. Тому з 2017 р. ми запитуємо в «Індексі здоров'я» про досвід споживання ліків за цією програмою. У 2017 р. запитання було поставлено всім респондентам, а у 2018 р. запитання про «Доступні ліки» стало частиною підрозділу про споживання амбулаторної допомоги (на питання відповіли лише споживачі амбулаторної допомоги, що відповідає дизайну програми). Також ми розширили лінійку запитань щодо досвіду участі в програмі «Доступні ліки». Зміна в розміщенні запитання в анкеті могла дещо вплинути на результати дослідження, а саме на частоти — на розподіл відповідей, тому ми здебільшого не схильні порівнювати дані 2017 та 2018 років.

Перше запитання про «Доступні ліки»⁴⁰ стосувалося досвіду участі в програмі та 787 опитаних — споживачів амбулаторної допомоги (всього в дослідженні виявлено 3301 особу — споживачі амбулаторної допомоги), або 18% серед споживачів й 7,7% від усіх опитаних відповіли ствердно на це запитання. У 2017 р. 865 людей (7,6% опитаних) відповіли на запитання позитивно. Схоже, що виявлена в дослідженні частка тих, хто взяв участь у програмі, є ідентичною в 2017 та 2018 роках.

Наповненість категорій у розрізі регіонів є досить низькою, тому ми не робимо висновків щодо більшої чи меншої участі тієї чи іншої області в Програмі (найменша наповненість групи — у Волинській області (6 осіб), а найбільша (56 осіб) — у Київській, що унеможлиблює порівняння).

Серед учасників програми у 2018 р. помічаємо так само, як і в 2017 р., більше жінок — користувачок Програми (21% проти 14% чоловіків), більше старших людей (36% серед 60+ та 18% серед 45–59 років), більше споживачів Програми з нижчим рівнем освіти — 27% з неповною загальною середньою, 23% повною загальною середньою та 20% професійно-технічною.

Більше споживачів Програми серед тих, хто оцінює своє здоров'я як погане: 40% «дуже погане», 36% «погане» та 19% «посереднє». Мешканці міської та сільської місцевості

³⁹ Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки» <http://liky.gov.ua>

⁴⁰ Формулювання запитання: Тепер давайте поговоримо про лише ті лікарські засоби, які включені в програму відшкодування «Доступні ліки». Чи мали Ви досвід отримання ліків за програмою «Доступні ліки»?

репрезентовані серед споживачів Програми практично однаково: 18% проти 19% відповідно (*табл. 5.1*).

Таблиця 5.1. Досвід участі в програмі «Доступні ліки» серед споживачів амбулаторної допомоги: соціодемографічний розріз

	%	• N
ЗАГАЛОМ	• 18,4	787
СТАТЬ		
чоловік	13,5	158
жінка	21,4	629
ВІКОВА ГРУПА		
18–29 років	• 3,1	11
30–44 роки	• 5,4	37
45–59 років	• 18,0	207
60 років і більше	• 35,5	532
ТИП МІСЦЕВОСТІ		
міська	• 18,1	486
сільська	• 19,1	301
РІВЕНЬ ОСВІТИ		
початкова або неповна загальна середня	26,9	46
повна загальна середня	22,6	201
професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	20,3	151
неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	18,0	236
базова вища (бакалавр)	10,0	31
повна вища (спеціаліст, магістр)	15,1	121
науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)	2,8	1
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ		
до 1000 грн	19,1	52
1001–1500 грн	24,4	124
1501–2000 грн	28,1	246
2001–2500 грн	18,7	102
понад 2500 грн	13,3	123
СТАН ЗДОРОВ'Я		
дуже погане	40,4	60
погане	35,9	256
посереднє	19,4	392
добре	6,7	75
дуже добре	2,6	3

Як зазначалося вище, у 2018 р. ми додали кілька нових запитань, як-от «**Чи запропонував Вам лікар скористатися програмою «Доступні ліки», тобто виписав рецепт?»** Усього 86% ($N = 677$) серед тих, хто мав досвід участі в Програмі, вказали саме на ініціативу лікаря, 2% зазначили, що наполягли самі на участі в Програмі, й решта 12% — обрали відповідь «ні» (рис. 5.1).

На запитання «**Чи змогли Ви отримати ліки за програмою «Доступні ліки» в аптеці?»** ми отримали такий розподіл відповідей: 44% ($N = 113$) — «змогли отримати всі ліки» за Програмою в аптеці, 37% отримали частину ліків, а 19% зазначили, що не змогли отримати ліки.

Дещо більше мешканців міської місцевості змогли отримати доступ до Програми та відповідно одержати ліки (84% проти 75% у сільській місцевості). Серед причин неотримання ліків за Програмою найбільше споживачів амбулаторної допомоги вказали на те, що «не було ліків в аптеці» ($N = 55$), «не змогли дістатися до аптеки» та «в аптеці відмовили в наданні ліків» (по 8 осіб у кожній категорії), «у лікаря не було бланків рецепта» (2 особи) та ще 23 особи вказали на «інші» причини, а 22 особам було «важко відповісти».

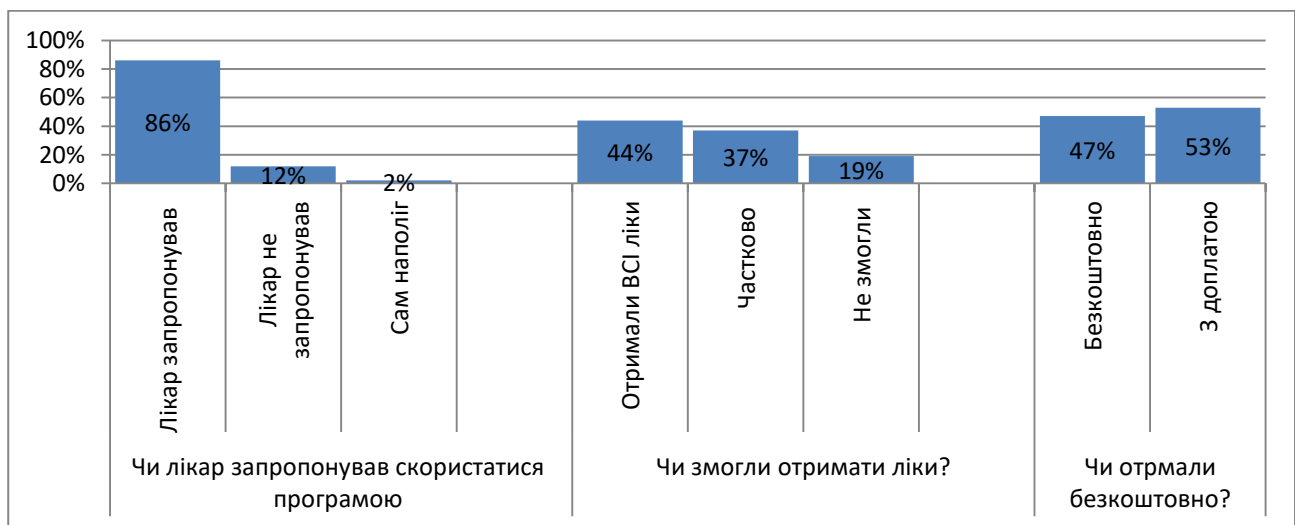


Рис. 5.1. Досвід участі в програмі «Доступні ліки» серед споживачів амбулаторної допомоги

Загалом 47% серед тих, хто все ж таки зміг отримати ліки, отримали їх безкоштовно ($N = 266$), а ще 53% отримали ліки з доплатою. Дещо більше чоловіків отримали ліки безкоштовно (53% проти 44% жінок), натомість 56% жінок купили ліки з доплатою проти 47% чоловіків. Значення для сільської та міської місцевості ідентичні: 46% отримали ліки безкоштовно, а 53% — з доплатою. Цікаво, що люди похилого віку й ті, хто перебуває у віковій категорії 45–59 років, дещо частіше обирали опцію «з доплатою»: 53% (60+) та 59%

проти відповідно тих, хто отримав ліки безкоштовно: 47% серед 60+ та 41% серед 45–59-річних. Більшість тих людей, які ідентифікують своє здоров'я як «посереднє» та «погане», отримали ліки за програмою «Доступні ліки» з доплатою: 69% — у групі «дуже погане», 50% — у групі «погане» та 57% — «посереднє».

Рівно половина більш заможних людей (доходи понад 2500 грн) отримували ліки безкоштовно, друга половина — з доплатою, а в менш заможних групах — дещо більше людей отримують ліки з доплатою (від 53% до 60%).

Загалом опитані споживачі послуг амбулаторної ланки, хто також є споживачами програми «Доступні ліки», **позитивно оцінюють урядову програму (76%), що включає «дуже позитивно» (27%) і «скоріше позитивно» (49%) (рис. 5.2)**, але є й ті, хто оцінюють програму «дуже негативно» (9,1%) та «скоріше негативно» (15%). Схожі відсотки ми спостерігали й у 2017 р., проте у 2018 р. дещо менше людей оцінюють програму «дуже позитивно» і відповідно дещо більше «скоріше позитивно».

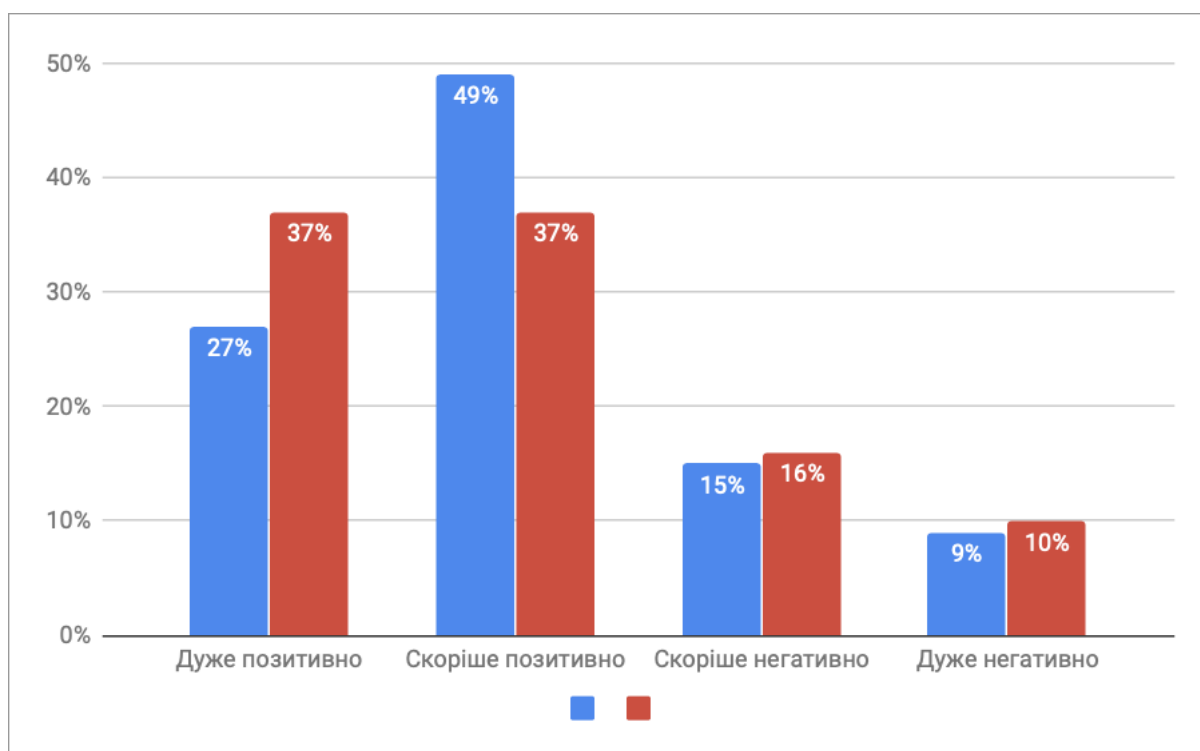


Рис. 5.2. Оцінювання програми «Доступні ліки» в 2017 та 2018 роках (серед усього населення), %

Дещо позитивніше оцінюють програму «Доступні ліки» чоловіки: 79% проти 75% у 2018 р. та 80% чоловіків проти 72% жінок у 2017 році. Щодо відмінностей у вікових категоріях, то найпозитивніше Програму оцінюють люди віком 30–44 роки (85%), однак серед них не так багато користувачів Програми, як серед тих, кому 45–59 років (78%

позитивно оцінюють) та кому більше 60 років (75% відповідно). Серед груп з різним рівнем доходів та за типом місцевості ми не помітили разючих розбіжностей. Тим часом найменше позитивних оцінок дають опитані, які оцінюють своє здоров'я як «дуже погане» (55%), проти 81% з «поганим» здоров'ям та 73% з «посереднім».

У 2018 р. ми також просили споживачів амбулаторної допомоги та Програми оцінити ефективність програми «Доступні ліки» в таких запитаннях: **«Чи вважаєте Ви, що необхідні Вам ліки стали доступними для Вас завдяки цій програмі?»** та **«Чи вважаєте Ви, що програма «Доступні ліки» допомогла Вам покращити стан здоров'я, наприклад, нормалізувати тиск, цукор тощо?»** Було запропоновано лише два варіанти відповіді на запитання: «скоріше так» та «скоріше ні». Більшість споживачів Програми вважають, що ліки стали доступнішими (63%) та що Програма допомогла покращити здоров'я (61%).

Дещо більше чоловіків вбачають позитивний ефект Програми: 69% вказують на те, що ліки стали доступнішими (проти 60% жінок). Менш заможні верстви населення також вказують на покращення фінансової доступності та покращення здоров'я завдяки Програмі (*табл. 5.2*).

5.2. Споживання ліків без призначення лікаря

У 2018 р., як і в попередні роки, ми запитували про досвід споживання лікарських засобів, що були спожиті як за призначення лікаря, так і без призначення. Перш за все нашим завданням було ідентифікувати тих, у кого була наявна хвороба чи травма протягом останніх 12 місяців⁴¹ — виявилось, що третина опитаних (36,1%, $N = 3814$) мали такий досвід і лише дві третини з них (65,6%, $N = 2503$) звернулись по фахову медичну допомогу до лікаря чи фельдшера (як зазначено в Розділі 2). Серед тих, хто не звернувся по медичну допомогу, 17% вказали на те, що висока вартість ліків, послуг і транспорту стала для них основним бар'єром.

Щодо витрат на ліки серед тих, хто не звернувся по медичну допомогу в разі хвороби чи травми, то загалом 1245 респондентів дали відповідь на запитання, але серед них 286 осіб обрали відповідь «важко відповісти». Щодо решти, то 139 респондентів, або 15%, не мали витрат, тоді як відповідно 85% сплачували за ліки з власної кишені.

⁴¹ Формулювання запитання: В1.15. Пригадайте останній випадок Вашої будь-якої хвороби чи травми, яка заважала Вам працювати або займатися повсякденними справами у звичному режимі принаймні протягом 7 днів, і який трапився протягом останніх 12 місяців. Назвіть місяць та рік, коли це трапилося.

Таблиця 5.2. Сприйняття покращення фінансової доступності лікарських засобів та покращення здоров'я завдяки програмі «Доступні ліки», %

	Частка осіб, які вважають, що ліки		Частка осіб, які вважають, що Програма:	
	стали доступніші	НЕ стали доступніші	допомогла	НЕ допомогла
ЗАГАЛОМ	62,5	37,5	60,6	39,4
СТАТЬ				
чоловік	68,6	31,4	60,2	39,8
жінка	60,2	39,8	60,7	39,3
ВІКОВА ГРУПА				
18–29 років	32,4	67,6	43,2	56,8
30–44 роки	74,4	25,6	50,3	49,7
45–59 років	65,4	34,6	62,4	37,6
60 років і більше	61,3	38,7	61,5	38,5
ТИП МІСЦЕВОСТІ				
міська	62,2	37,8	60,7	39,3
сільська	63,2	36,8	60,3	39,7
РІВЕНЬ ОСВІТИ				
початкова або неповна загальна	64,9	35,1	65,2	34,8
повна загальна середня	66,9	33,1	62,6	37,4
професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	60,4	39,6	56,6	43,4
неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	63,9	36,1	63,6	36,4
базова вища (бакалавр)	52,6	47,4	53,7	46,3
повна вища (спеціаліст, магістр)	58,8	41,2	57,2	42,8
науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)	0,0	100,0	0,0	100,0
ДОХІД				
до 1000 грн	67,6	32,4	48,8	51,2
1001–1500 грн	62,5	37,5	60,3	39,7
1501–2000 грн	60,6	39,4	62,9	37,1
2001–2500 грн	69,2	30,8	64,2	35,8
понад 2500 грн	59,3	40,7	59,0	41,0
СТАН ЗДОРОВ'Я				
дуже погане	42,1	57,9	37,9	62,1
погане	69,6	30,4	65,4	34,6
посереднє	60,4	39,6	59,7	40,3
добре	61,3	38,7	60,2	39,8

дуже добре	100,0	0,0	100,0	0,0
------------	-------	-----	-------	-----

У регіональному розрізі найбільше коштів витрачали на ліки мешканці м. Києва — 100% ($N = 72$) та Полтавської — 98% ($N = 79$), Дніпропетровської — 96% ($N = 65$) і Хмельницької — 90% ($N = 69$) областей. Найменша частка осіб, які мали витрати під час самолікування чи звернення по нетрадиційну медицину, спостерігається в Житомирській (55%, $N = 27$), Миколаївській (67%, $N = 38$) та Рівненській (68%, $N = 23$) областях. Ці регіональні групи мали достатню наповненість, тоді як у більшості випадків через незначну кількість опитаних у групі ми не маємо можливості показати регіональний вимір (наприклад, як у випадку Донецької, Тернопільської, Харківської та Чернігівської областей).

Порівняно з 2017 р. спостерігаємо дещо менший відсоток тих, хто мав витрати на ліки під час самолікування чи звернень до нетрадиційних надавачів послуг.

Щодо розміру витрат на ліки під час самолікування в середньому люди витрачали 428,22 грн (ст. відхилення 45,08 та медіана — 250 грн) (*табл. 5.3*). Так, щороку ми спостерігаємо збільшення сум, які виділяють на лікарські засоби: в 2017 р. в середньому витрачали 342,50 грн (медіана 200 грн; ст. відхилення — 478,3), а в 2016 р. медіана — 150 грн.

Медіанне значення витрат серед чоловіків є нижчим, аніж серед жінок: 200 грн проти 300 грн (*табл. 5.3*). Опитані з повною загальною, бакалаврською та магістерською освітою витрачали 300 грн (медіана), тоді як решта груп — 200–250 грн. Особи віком 30–44 роки демонструють найвище медіанне значення витрат на лікарські засоби — 300 грн проти інших груп (250 серед старших та 200 серед молодших респондентів).

5.3. Споживання ліків під час амбулаторного лікування

Як зазначено в Розділі 3, 33% дорослого населення зверталися по амбулаторну допомогу й частота звернень до лікаря в середньому становила 2,3 візита на рік. З-поміж запитань щодо надавача та оплати за амбулаторну допомогу були також поставлені запитання щодо витрат на ліки й інших аспектів отримання призначень і споживання лікарських засобів.

Передусім ми запитували: «Скільки найменувань ліків Вам призначив лікар під час останнього звернення?» Так, 94% звітують про те, що лікар їм призначив одне й більше найменувань. Ідентичний відсоток ми спостерігали й у 2017 р. і майже такий само (90%) у 2016 р.

Щодо регіонального розрізу, то дещо менше опитаних, які вказали на наявність призначення, помічено в Черкаській області — 87% (аналогічно до 2017 та 2016 років), Одеській (88%) та Запорізькій (88%) областях (*рис. 5.3*).

Таблиця 5.3. Витрати з кишені на ліки серед тих, хто займався самолікуванням, грн

		2018			2017			2016		
		середні витрати	стандартне відхилення	медіана	середні витрати	стандартне відхилення	медіана	середні витрати	стандартне відхилення	медіана
Загалом		428,22	45,08	250	342,45	18,59	200	256,45	19,9	150
СТА ТЬ	чоловік	497,37	119,26	200	371,58	34,6	250	261,91	38,42	150
	жінка	389,93	23,36	300	324,54	21,17	200	254,07	23,19	150
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	348,31	32,91	250	308,19	43,51	200	223,68	37,55	150
	30–44 роки	514,51	144,7	300	330,34	25,11	250	240,39	36,75	150
	45–59 років	442,14	72,27	250	331,87	38,84	200	269,27	46,74	150
	60 років і більше	388,26	39,69	250	380,23	38,8	220	277,3	33,01	150
ТИП МІСЦЕ- ВОСТІ	міська	447,56	57,77	270	320,94	18,65	200	278,63	28,76	150
	сільська	369,28	47,78	250	387,04	41,96	200	216,52	20,43	150
РІВЕНЬ ОСВІТИ	початкова або неповна загальна середня	291,84	49,89	200	391,84	128,59	200	184,62	22,35	180
	повна загальна середня	577,64	180,94	300	371,42	48,7	200	229,93	35,24	100
	професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	301,32	25,04	200	400,84	38,67	250	184,44	24,33	120
	неповна вища / середня спеціальна (молодший спеціаліст)	368,03	42,6	250	317,34	37,26	200	280,97	44,4	160
	базова вища (бакалавр)	369,89	65,09	300	272,87	28,05	200	198,33	61,18	150
	повна вища (спеціаліст, магістр)	495,2	77,7	300	320,93	30,74	260	345,08	56,01	150
	науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)	556,17	232,31	500	300	0	300	231,59	79,96	150
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	404,64	73,43	250	317,07	43,58	200	264,05	58,73	150
	1001–1500 грн	289,66	35,17	200	405,21	50,04	200	217,1	21,95	120
	1501–2000 грн	364,91	52,0	230	294,73	25,49	200	239,37	48,49	150
	2001–2500 грн	697,62	342,17	300	280,45	51,9	200	171,03	23,44	120
	понад 2500 грн	426,86	26,51	300	298,34	34,52	250	186,48	22,1	150

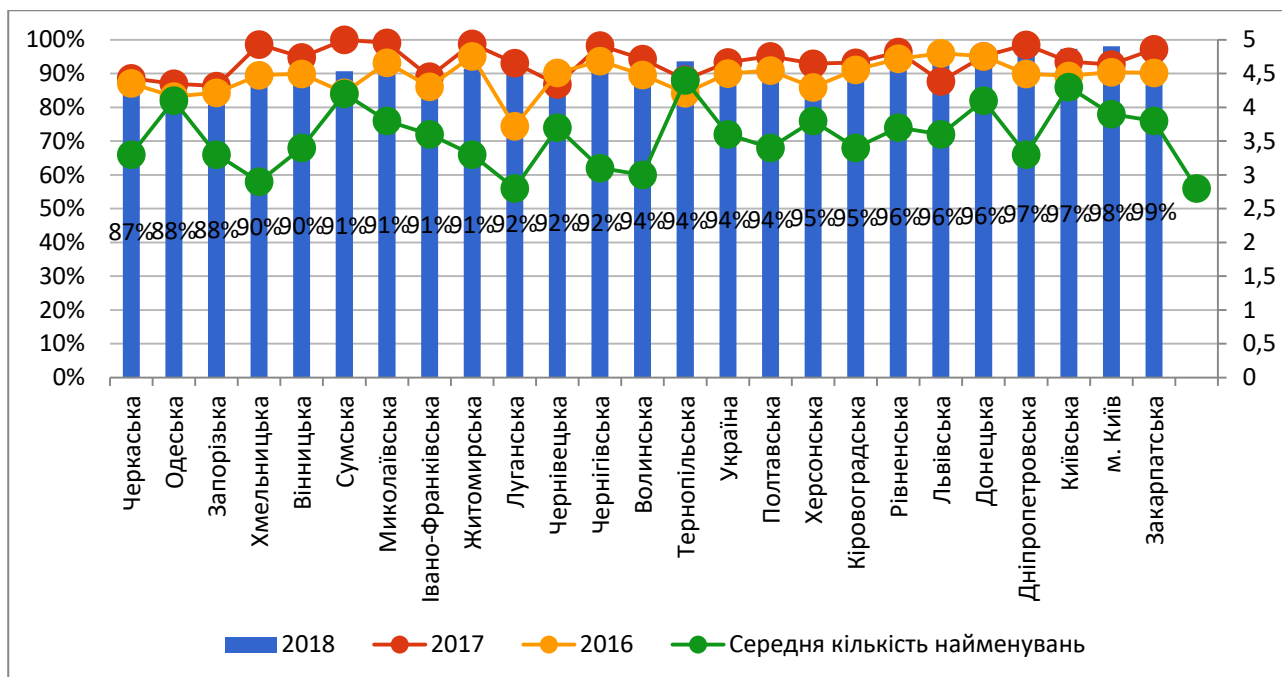


Рис. 5.3. Частка пацієнтів, які отримали призначення лікарських засобів під час останнього амбулаторного візиту

У середньому призначали 3,6 найменування лікарських засобів, що дещо менше, аніж у попередні роки: 4,2 найменування в 2017 р. та 4 — у 2016 р. Найменше призначень було в Харківській (2,8), Луганській (2,8), Хмельницькій (2,9) та Волинській (3,0) областях, а найбільше — в Тернопільській (4,4), Київській (4,3), Сумській (4,2), Донецькій (4,1), Одеській (4,1) областях та в м. Києві (3,9).

Щодо соціально-демографічних груп, то ми не помічаємо суттєвих відмінностей.

Серед тих, хто отримав призначення лікарських засобів, вказали на **виписку рецепта у 2018 р. 42%**, що практично не змінилося з 2017 р. (45%), однак у 2016 р. 67% опитаних вказали на отримання рецепта. Найчастіше лікарські засоби виписуються в рецепті в Луганській (85%) та Вінницькій (72%) областях, а найрідше — в Донецькій та Івано-Франківській (по 16% у кожній).

Щодо соціально-демографічних відмінностей, то дещо частіше отримують рецепти люди з доходами 1501–2000 грн (52%) проти людей із доходами більше 2500 грн (36%), а також люди більш похилого віку (60 років і старші) — 51% проти молодших респондентів: по 34% в групах 18–29 та 30–44 роки.

У 2018 р. 97% опитаних змогли придбати ліки, що включає 86% тих, хто придбав усі ліки, а 11% — майже всі. Відбувається поступове зростання частки тих пацієнтів амбулаторної ланки, які здебільшого купують усі ліки: в 2017 р. 80% та в 2016 р. 76% придбали всі ліки, а майже всі — 15% та 17% відповідно. Значних коливань між регіонами

ми не помічаємо, окрім розподілу між «придбали всі ліки» та «майже всі»: найменша частка опитаних придбали всі ліки в Миколаївській (70%), Черкаській, Волинській, Київській та Запорізькій (по 80%) областях.

Дещо менша частка опитаних, які придбали всі призначені ліки, серед менш заможних опитаних: 81% та 83% в групі з доходами 1001–1500 грн та менше 1000 грн відповідно, а в решті груп — 86–87%. Також менше респондентів, освіта яких визначається рівнем бакалавр, купують усі ліки (80%) на противагу іншим групам освіти (86–88%). Це найбільша різниця у відсотках серед соціально-демографічних груп.

Серед тих, хто не купив ліків або купив не всі ліки, ми запитували про причини такої поведінки. Виявляється, що 41% не вважали за потрібне купувати, що, імовірно, свідчить про брак довіри в стосунках між лікарем та пацієнтом, а ще 41% — не купили ліки, оскільки не мали коштів. Незважаючи на те, що частка опитаних, які вказують на фінансові бар'єри, лишається великою, у 2016 р. 52% вказали на некупівлю ліків через брак коштів, а в 2017 р. — 47%. Тобто протягом 2016–2018 років спостерігаємо зменшення фінансових бар'єрів до медикаментозного лікування під час амбулаторної допомоги (як і до допомоги загалом, див. Розділ 3).

Протягом усіх трьох років більше жінок вказують на фінансову недоступність ліків: у 2018 р. 43% жінок проти 38% чоловіків вказали на брак коштів (*табл. 5.4*). Старші люди частіше вказують на брак коштів як причину купівлі не всіх ліків чи взагалі некупівлю ліків: 53% та 51% у групах 60+ і 45–59 років відповідно проти 22% серед наймолодших та 31% у групі 30–44 роки. Мешканці міської місцевості (42%) мають більше фінансових складнощів під час купівлі ліків на противагу жителям сільської місцевості (36%), як і люди з нижчим рівнем освіти та люди з меншим рівнем доходів мають більше фінансових перешкод (актуально для всіх років, але знову ж таки у 2018 р. відсоток дещо менший).

Серед причин неспроможності купити ліки 16% вказали на те, що не змогли їх знайти (не було в аптеці, наприклад), і 6% назвали «інші» причини.

Щодо особливостей призначення лікарських засобів, то з 2017 р. ми ставимо два запитання: **«Призначаючи ліки, чи пропонував лікар дешевшу й дорожчу опції?»** та **«Лікар призначав діючу речовину, а не назву препаратів?»** Виявляється, що у 2018 р. 31% ($N = 766$) опитаних лікар пропонував дешевший і дорожчий варіанти лікарських засобів, а в 2017 р. відсоток таких опитаних становив 40. Що стосується призначення діючої речовини, то це було актуально для 24% у 2018 р. проти 31% у 2017 р.

З огляду на невелику кількість опитаних у даній категорії порівняння регіональних відмінностей не є можливим.

Таблиця 5.4. Частка споживачів амбулаторної допомоги, які придбали не всі ліки через брак коштів: соціально-демографічний розріз

		Придбали не всі ліки через брак коштів			
			2018	2017	2016
Загалом		%	40,6	47,2	51,5
		• л	195	333	435
СТАТЬ	чоловік	%	37,9	42,0	43,6
		N	46	75	86
	жінка	%	42,5	49,8	55,6
		N	149	258	349
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	%	22,4	42,9	36,3
		N	12	31	31
	30–44 роки	%	31,4	32,8	41,0
		N	36	46	80
	45–59 років	%	51,1	49,2	61,1
		N	54	95	130
	60 років і більше	%	52,7	59,2	60,4
		N	93	161	194
ТИП МІСЦЕВ ОСТІ	міська	%	42,2	46,6	47,9
		N	134	229	288
	сільська	%	36,2	49,2	63,1
		N	61	104	147
РІВЕНЬ ОСВІТИ	початкова або неповна загальна середня	%	81,1	69,6	60,7
		N	16	21	31
	повна загальна середня	%	50,9	54,7	68,6
		N	47	73	106
	професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	%	39,8	49,7	60,9
		N	38	66	72
	неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	%	41,8	44,5	50,3
		N	54	91	126
	базова вища (бакалавр)	%	32,9	43,8	34,8
		N	9	14	18
	повна вища (спеціаліст, магістр)	%	27,0	40,0	39,2
		N	29	66	79
ДОХІД ДОМОГО СПОДАР СТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	%	54,1	62,8	69,7
		N	19	49	102
	1001–1500 грн	%	47,7	57,5	63,9
		• л	42	106	168
	1501–2000 грн	%	42,0	48,0	44,9
		• л	48	63	65
	2001–2500 грн	%	47,5	39,0	27,7
		• л	25	18	21
	понад 2500 грн	%	31,9	32,5	34,7
		N	25	26	14

Дещо більше людей старшого віку (34% серед 60-річних і старших та 32% серед 45–59-річних) вказували на те, що лікар призначав їм діючу речовину на противагу 27–28% опитаних до 45 років (рис. 5.4 і рис. 5.5).

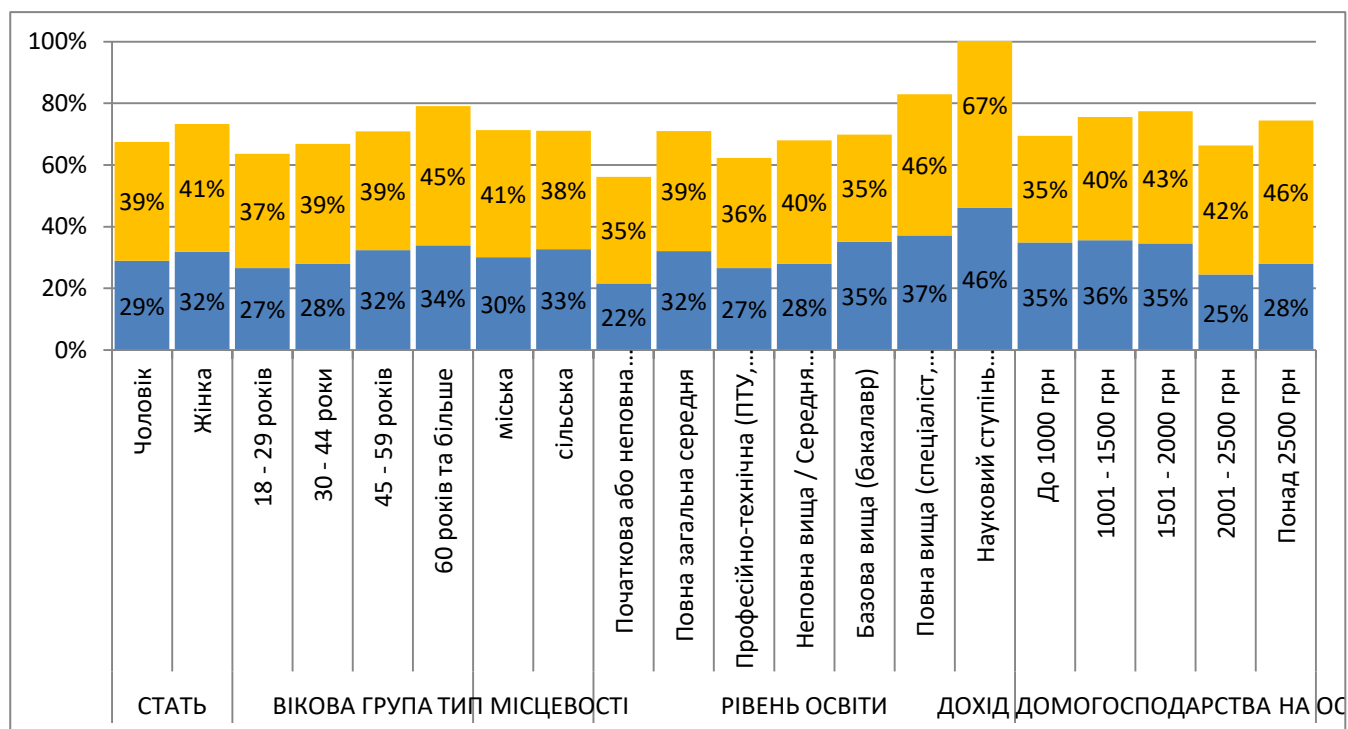


Рис. 5.4. Розподіл відповідей на запитання «Призначаючи ліки, чи пропонував лікар дешевшу й дорожчу опції?»: соціально-демографічний розріз (темно-синій позначає 2018 р., жовтий — 2017 р.)

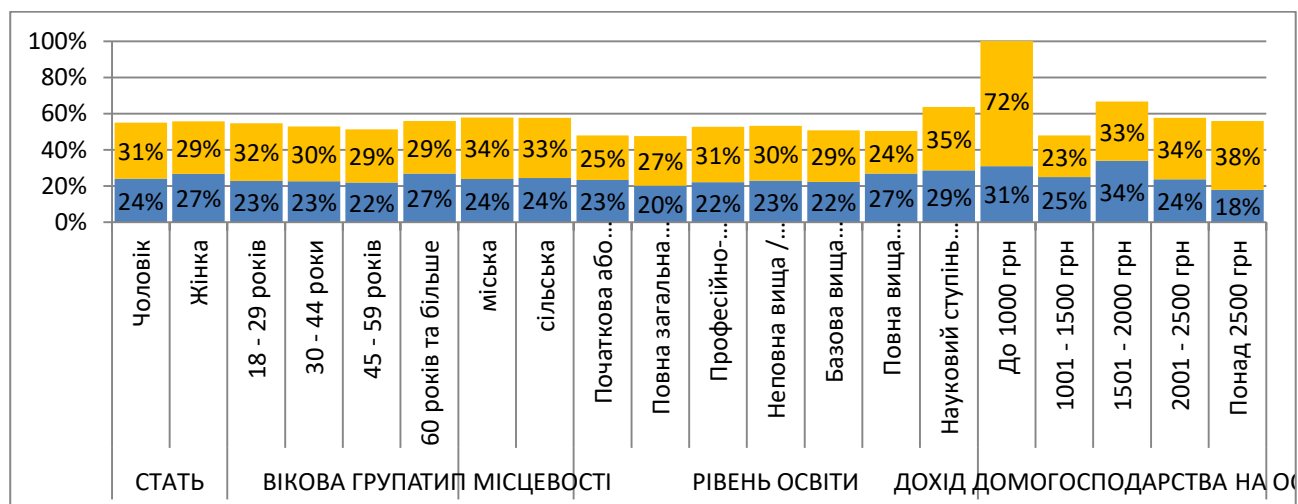


Рис. 5.5. Розподіл відповідей на запитання «Лікар призначав діючу речовину, а не назву препаратів?»: соціально-демографічний розріз (темно-синій позначає 2018 р., жовтий — 2017 р.)

Більш помітна різниця в досвіді людей з огляду на їхню освіту: так, 35–37% опитаних з освітою на рівні бакалавр чи магістр вказують на те, що лікар пропонував дорожчий і дешевший варіанти ліків, на противагу 22% опитаних із початковою, неповною загальною середньою освітою. Те саме спостерігаємо і в разі призначення діючої речовини: 35% серед бакалаврів, 46% серед магістрів проти 20% з найнижчим рівнем освіти.

Водночас менш заможні верстви населення (рівень доходу до 2000 грн) у 35–36% випадків вказують, що їм було запропоновано дешевші й дорожчі ліки надавачем допомоги на противагу 25–28% з категорії доходів більше 2000 грн.

На підставі зазначеного вище можна зробити висновок, що **більшість опитаних сплачували за ліки 97% (N = 3175)**. За роками як регіональний, так соціодемографічний розріз не виявляють значних відмінностей, лише Волинська область має найнижчу частку платників — 89%.

У середньому 793,32 грн (25,96 — ст. відхилення, 400 грн — медіана) витрачають люди на лікарські засоби під час амбулаторного лікування. У 2017 та 2016 роках спостерігаємо незначні коливання, однак немає підстав вважати, що опитані витрачали більше чи менше: 400 грн — медіана в 2016 р., 350 грн — у 2017 р. (рис. 5.6).

Найвищі медіанні значення (600 грн) помічено у Хмельницькій і Миколаївській областях, а найменші — в Харківській (155 грн) та Черкаській (290 грн) областях. Що стосується соціально-демографічних категорій, то ми не спостерігаємо значної різниці в медіанних значеннях (наприклад, 450 грн витрачають на ліки люди з професійно-технічною освітою проти 370 грн серед людей із початковою, загальною середньою).



Рис. 5.6. Частка платників та розмір оплати за ліки під час «останнього» амбулаторного лікування

8% респондентів зазначили, що їм держава відшкодувала всю або частину вартості ліків: у 2016 р. — 3%, а в 2017 — 8,5%. Можемо припустити, що зростання відсотка пов'язане з упровадженням програми «Доступні ліки».

Значно більша частка опитаних віком 60+ вказують на те, що держава їм частково або повністю відшкодувала вартість ліків (14%) проти 3% у молодших групах (до 45 років) та 7% серед 45–59-річних.

У дослідженні також ставилося завдання простежити стратегії споживачів амбулаторної допомоги в разі браку коштів. Ми цікавилися, чи вдавалися опитані до таких заходів: **«Відмовлятися від лікування через неможливість оплатити, покрити витрати», «Відкласти лікування», «Зменшити кількість препаратів» та «Перервати (не закінчити) курс лікування» (табл. 5.5).** Помітно, що у 2018 р. менші відсотки споживачів амбулаторної допомоги вдається до запропонованих стратегій: 19,1% змушені були відмовитися від лікування проти 27,2% (або 19,1% серед усіх опитаних) у 2017 р., 21,5% відкладали лікування проти 28,3% (або 18,9% серед усіх опитаних) 22,5% зменшували кількість препаратів проти 29,2% (18,9% - з-поміж усіх опитаних) у 2017 р, 11,1% переривали курс проти 15,4% (9,6% - серед усіх опитаних).

Більше фінансових бар'єрів до лікування відчують жінки, аніж чоловіки. Наприклад, 18% жінок зменшують кількість препаратів через брак коштів, тоді як лише 9% чоловіків вдається до такої стратегії. Аналогічно старші люди (45–59 років, а особливо 60+) також більшою мірою змушені відмовлятися, відкладати лікування з огляду на фінансові чинники.

5.4. Споживання ліків під час стаціонарного лікування

Як зазначалося в Розділі 4, 12% опитаних ($N = 1362$) мали досвід госпіталізації у 2018 р. 96% ($N = 1315$) з них отримали призначення лікарських засобів. Найменше призначень лікарських засобів отримали пацієнти стаціонару в Миколаївській (83%) та в Закарпатській (89%) областях (*рис. 5.7*).

У 2018 р., як і у 2017 та 2016 роках, лікарські засоби призначали дещо більше чоловікам (99%), аніж жінкам (95%); людям старшого віку (99%) для 60-тирічних і старших на противагу (90%) 18–29-річним. Також є відмінності серед осіб з різним рівнем доходів: 93% з найменш заможних опитаних отримали призначення лікарських засобів проти 98% з групи доходів 1501–

2000 грн. 94,5% з групи найменш освічених споживачів стаціонарної допомоги отримали призначення проти 100% з групи споживачів з бакалаврською освітою.

Таблиця 5.5. Стратегії респондентів задля зменшення витрат на лікування через відсутність коштів

Протягом останніх 12 місяців Вам доводилося через відсутність коштів ...		Всього / 2018	Всього / 2017	Стать 2018		Місце проживання 2018		Вік 2018			
				чоловіки	жінки	місто	село	18-29 років	30-44 роки	45-59 роки	60 років і старші
... відмовлятися від лікування?	%	14,1	19,1	9,5	17,8	13,4	15,6	5,8	10,4	14,6	23,7
	N	1409	1911	430	978	932	477	114	292	376	627
... відкласти лікування?	%	14,4	18,9	9,3	18,7	13,8	15,8	5,6	10,8	16,2	23,1
	N	1450	1893	420	1029	965	484	111	304	418	616
... зменшити кількість препаратів?	%	14,2	18,9	9,4	18,1	14,1	14,4	7,2	10,1	14,4	23,5
	N	1433	1814	429	1003	991	441	143	285	373	632
... перервати (не закінчити) курс лікування?	%	7,1	9,6	5,1	8,7	6,7	7,9	3,3	5,2	7,2	11,5
	N	710	965	231	479	467	244	66	151	186	308

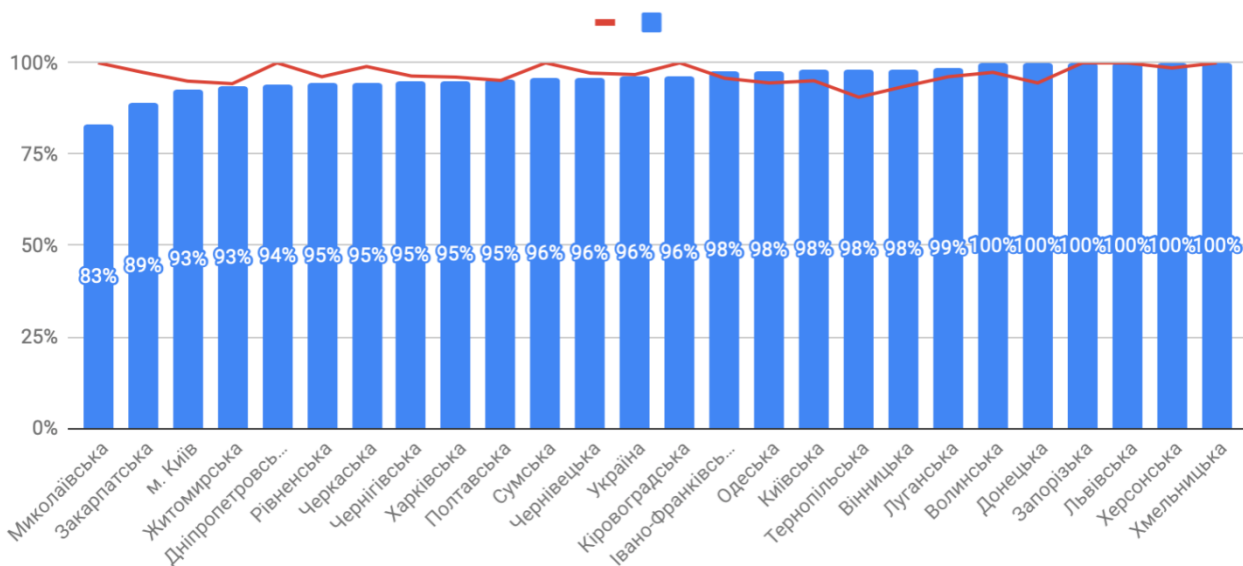


Рис. 5.7. Кількість найменувань лікарських засобів, які були призначені під час останньої госпіталізації

У середньому одному респонденту призначалося 5,9 лікарських засобів (подібно до результатів дослідження 2016 та 2017 років: 6,4 та 6,3 відповідно). Найменша середня кількість найменувань помічена в Харківській (3,8), Луганській (3,9) та Закарпатській (4,6) областях, а

найбільша — в Тернопільській (9,2), Херсонській (7,6) та Київській (7,5) областях. Відмінностей між соціально-демографічними групами госпіталізованих пацієнтів ми не помічаємо.

Наступні запитання стосувалися досвіду оплати та безкоштовного отримувannya лікарських засобів. Більшість опитаних (82%) вказали, що не отримували безоплатних ліків під час госпіталізації, проте 4% отримали одне найменування ліків безкоштовно, 6% — два найменування, 4% — три найменування та решта 4% — від 4 до 15 найменувань.

Далі було поставлене запитання: **«Якщо Вам видали ліки в лікарні і треба було за них платити, то скільки Ви сплатили за ці ліки?»** 90% зазначили, що не сплачували нічого за ліки, видані в лікарні, тоді як 10% вказали на досвід оплати за такі ліки. Оплата коливалася від 3 грн до 40 000 грн. У середньому 2027 грн витрачали на ліки, видані в лікарні (1000 грн — медіана, 3186 грн — ст. відхилення). У 2017 р. була схожа ситуація: на ліки, які були призначені на курс лікування і за які треба було платити, респонденти витрачати 2311 грн (медіана — 1231 грн; ст. відхилення — 3727).

Як і під час амбулаторної допомоги, нам було важливо знати, чи опитані купили всі ліки: 94,5% придбали всі ліки, 5% — майже всі та 0,5% — не купували ліків. **У попередні роки частка госпіталізованих, які купили всі ліки, була значно меншою:** 85% респондентів купували всі призначені лікарські засоби в 2017 р., а в 2016 р. — 85,2%; «майже всі» — 13,7% у 2017 р. та 11,5% у 2016 р.

Серед тих, хто не купував ліків або купував не всі, 45 госпіталізованих зазначили, що не мали коштів, 12 — не вважали за потрібне купувати і 5 — не знайшли в аптеці (наведено абсолютні значення, а не відсотки через їх незначну кількість). У 2017 та 2016 роках також найбільше було тих, хто не мав коштів на лікарські засоби.

На запитання **«Скільки Ви сплатили за ліки, окрім тих, які Вам видали в лікарні?»** ми отримали 1083 відповіді: з них 3% не сплачували за лікарські засоби, а переважна більшість (97%) мали відповідні витрати. З-поміж різних груп статі, освіти, доходу та місця проживання ми не помітили значущих відмінностей.

У середньому за лікарські засоби, окрім тих, які видали в лікарні, респонденти сплатили в середньому 2971 грн (189 — ст. відхилення та 2000 грн — медіана), що подібно до даних 2017 р. — 2525,13 грн (4265,5 — ст. відхилення та 1450 грн — медіана).

3% респондентів (як і в попередні роки) серед тих, хто був госпіталізований і мав призначення лікарських засобів, отримали компенсацію витрат на їх придбання під час останньої госпіталізації.

Щодо фінансового тягаря через лікарські засоби під час стаціонарного лікування⁴², то, як зазначено в Розділі 4, 78% опитаних зазначили, що їм особисто або їхнім родинам було неможливо або складно віднайти кошти. У 2016 р. значення даного показника було найбільше — 84%.

5.5. Сумарні витрати на лікарські засоби

Для того щоб врахувати витрати опитаних, які не пов'язані з власним досвідом хвороби, а, наприклад, виникають через хворобу когось із членів домогосподарства чи ширшого родинного кола, наприкінці анкети ми запитували всіх респондентів про витрати на лікарські засоби «протягом останніх 30 днів».

У середньому по країні у 2018 р. 55% опитаних проти 52% у 2017 р. звітують про витрати на ліки. За нашими підрахунками, середній розмір витрат протягом останніх 30 днів становить 572 грн (570 грн у 2017 р. та 550 грн у 2016 р.). Близькі до середньоукраїнського значення розміру витрат на ліки ще чотири області: Миколаївська — 549 грн (63% платили) у 2018 р. проти 564 грн (47%) у 2017 р.; Одеська — 561 грн (33% платили) у 2018 р. проти 530 грн (40%) у 2017 р.; Вінницька — 572 грн (71% платили) у 2018 р. проти 378 грн (50%) у 2017 р.; Запорізька — 594 грн (51%) у 2018 р. проти 639 грн (39%) у 2017 р..

Цікаво, що Вінницька область у 2017 р. мала одну з найменших середніх витрат на ліки «протягом останніх 30 днів», тоді як решта областей також були близькі до середньоукраїнського значення.

У 2018 р. найвищі середні витрати на ліки помічені в Тернопільській — 1103 грн (76% сплачували у 2018 р.), у Полтавській — 1029 грн (57% платників) та Київській — 963 грн (70% платили) областях. Тернопільська область і в попередні два роки показувала одні з найвищих витрат — 1118 грн у 2017 р. та 916 грн у 2016 р.. Полтавська область має вищі значення витрат на ліки з 2017 р. (779 грн у 2017 р. проти 487 грн у 2016 р.).

Найменші ж витрати — у Херсонській (356 грн — 55% платники), Дніпропетровській (364 грн — 59%) та Житомирській (381 грн — 55%) областях. Житомирська область уже третій рік показує найнижчі витрати на ліки (300 грн у 2017 р. та 238 грн у 2016 р.), а Херсонська область у 2016 та 2017 роках була п'ята серед областей, де витрачали найменше.

⁴² Формулювання запитання: **Наскільки Вам і Вашій родині було складно знайти кошти для того, щоб покрити всі витрати (формальні і неформальні), пов'язані з цим стаціонарним лікуванням: неможливо, складно чи нескладно?**

Варто підкреслити, що найбільша частка платників спостерігається в Тернопільській (76%), де також і найвищі витрати, Рівненській (81%) та Сумській (84%) областях, а найнижчі — у Волинській (29%), Кіровоградській (32%) та Одеській (33%).

Порівняно з 2017 р. у Вінницькій (50% у 2017 р. проти 71% у 2018 р.), Луганській (30% у 2017 р. проти 50% у 2018 р.), Полтавській (35% у 2017 р. проти 57% у 2018 р.) та Тернопільській (58% у 2017 р. проти 76% у 2018 р.) областях стало більше платників, а в Донецькій (66% у 2017 р. проти 52% у 2018 р.) та Черкаській (70% у 2017 р. проти 56% у 2018 р.) областях — менше.

Водночас суттєво зменшився розмір витрат у Дніпропетровській (з 883 грн у 2017 р. до 364 грн у 2018 р.) та Сумській (з 761 грн у 2017 р. до 468 грн у 2018 р.) областях. У Чернівецькій (з 522 грн у 2017 р. до 868 грн у 2018 р.), Київській (з 670 грн у 2017 р. до 963 грн у 2018 р.) та Полтавській (з 779 грн у 2017 р. до 1029 грн у 2018 р.) областях — збільшилися (рис. 5.8).

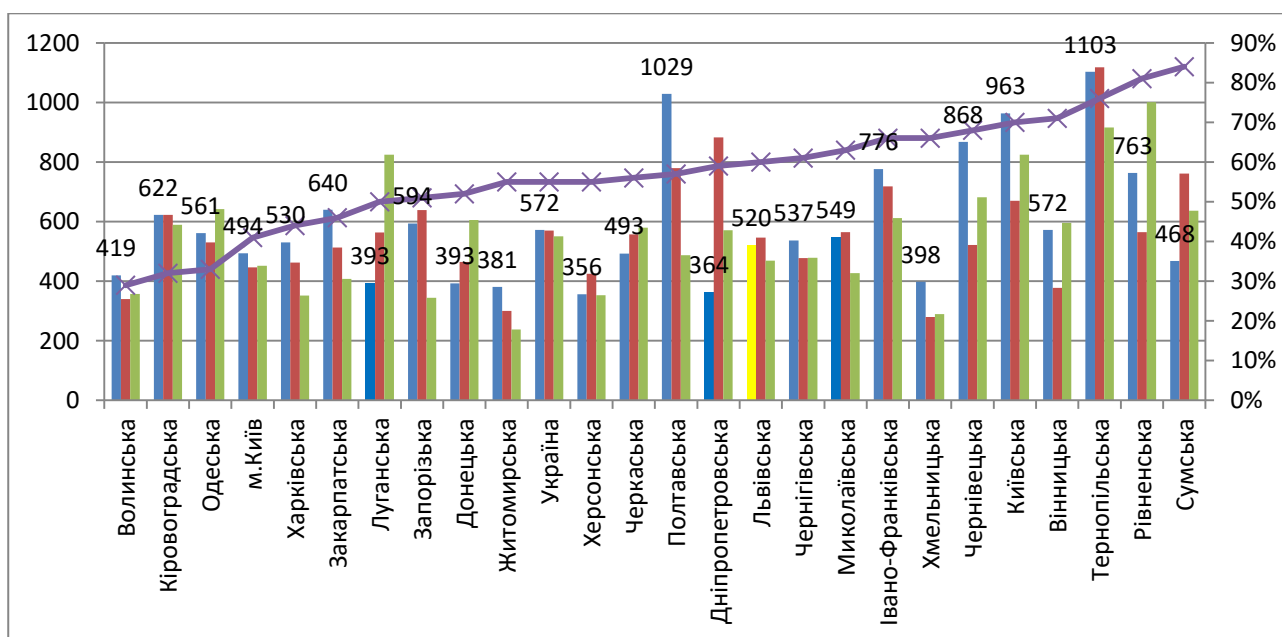


Рис. 5.8. Частка платників та розмір оплати за ліки протягом останніх 30 днів (2016–2018 рр.)

Таким чином, урядова програма «Доступні ліки» має своїх споживачів (18% серед пацієнтів амбулаторної ланки або 7% серед загального населення), які здебільшого оцінюють програму позитивно. Більшість споживачів амбулаторної та стаціонарної допомоги отримують призначення лікарських засобів, і, хоч витрати на ліки як і частка платників коливаються між роками, менше опитаних вказують на фінансові бар'єри у 2018 р., порівняно з попередніми роками. Проте детальніший і глибший аналіз потрібен для того, аби встановити, які групи пацієнтів є найбільш фінансово вразливими.

Розділ 6. ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА СПРИЙНЯТТЯ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Основні результати Розділу:

- За результатами опитування «Індекс здоров'я. Україна–2018» **переважна більшість населення в цілому задоволена тим, як працюють різні складові системи охорони здоров'я в Україні.** Наприклад, найбільше задоволені (відповіді «цілком задоволені» та «скоріше задоволені») педіатрами — 77,6% респондентів, дільничними терапевтами, чи сімейними лікарями, — 75,8%, стоматологами — 71,4%. Дещо менше задоволені допомогою, наданою у стаціонарах, — 55,9%, у пологових будинках — 64,1%, вузькими спеціалістами в поліклініці — 65,9%
- **Медичною допомогою більше задоволені респонденти, які оцінюють своє здоров'я як добре, аніж ті, хто оцінює власне здоров'я як погане** (за винятком швидкої медичної допомоги, якою більше задоволені ті, хто оцінив своє здоров'я як «погане»).
- У 2018 р. **найвищі рівні потреби в реформі демонстрували респонденти з Кіровоградської (97,1%), Івано-Франківської (90,8%) та Закарпатської (90,4%) областей**, а найнижчі — Запорізької (39,6%), Житомирської (48,8%), Сумської (49%) та Харківської (49%) областей.
- **Основним результатом реформи охорони здоров'я опитані передусім хочуть бачити правильне діагностування та призначення лікування**, причому частка тих, хто очікує саме такого результату, зросла із 47,2% у 2017 р. до 58,6% у 2018 р.
- Аналіз відповідей на запитання «Керуючись якими міркуваннями Ви обирали / плануєте обирати свого сімейного лікаря?» свідчить, що найважливішим для респондентів є довіра до лікаря: **40,2% опитаних обрали варіант «Це обов'язково має бути лікар, який мене колись лікував і якому я довіряю».** 24,5% обрали або планують обрати свого попереднього дільничного лікаря.

Задоволеність охороною здоров'я вважається невіддільною частиною оцінювання діяльності систем охорони здоров'я в країнах, наприклад, Європейського Союзу, а також у Канаді, США, Австралії та ін.⁴³

Високий рівень незадоволення медичною допомогою часто називають «психологічним бар'єром до споживання медичної допомоги». Якщо в суспільстві переважає негативне ставлення до медицини, то це призводить до змін у поведінці людей, що проявляється в униканні звернення по медичну допомогу. Дослідження, проведені в інших країнах, демонструють зв'язок між задоволеністю медичною послугою та результатом лікування (одужанням). Виявлено, що вищий рівень довіри до медичного працівника сприяє ретельнішому дотриманню схеми лікування⁴⁴.

У нашому дослідженні структура запитань щодо задоволеності взята з британського дослідження цінностей, а решта запитань щодо реформи розроблена дослідниками «Індексу здоров'я. Україна».

Особливу увагу звернуто на задоволеність: 1) послугами первинної ланки (дільничних терапевтів і сімейних лікарів), що наразі перебувають у фокусі реформи системи охорони здоров'я; 2) послугами педіатрів та вузьких спеціалістів у поліклініках; 3) медичною допомогою, яку надають у стаціонарах.

Ще один важливий напрям дослідження — виявлення очікувань населення від реформ і його рівня підтримки ідей реформування системи охорони здоров'я. Наукові праці свідчать: артикуляція цих потреб, що відчуються (*felt needs*), допомагає приймати суспільно прийнятні політичні рішення й будувати ефективні комунікаційні компанії для стейкхолдерів і населення в цілому⁴⁵.

6.1. Задоволеність медичною допомогою

Задоволеність медичною допомогою вимірювалася переліком запитань: «Наскільки Ви задоволені: дільничними терапевтами/сімейними лікарями; педіатрами; стоматологами; вузькими спеціалістами в поліклініці; швидкою медичною допомогою; медичною допомогою у стаціонарі; у пологових будинках?» Варіанти відповідей розмістилися на шкалі від «1 — зовсім незадоволений» до «4 — цілком задоволений». Додатково в анкеті уточнювалось, чи

⁴³ Hekkert, K. D., Cihangir, S., Kleefstra, S. M., van den Berg, B., & Kool, R. B. (2009). Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Social science & medicine*, 69(1), 68–75.

⁴⁴ Footman, K., Roberts, B., Mills, A., Richardson, E., McKee, M. (2013). Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union. *Health Policy*. 112(3)62–9. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013000687?via%3Dihub>

⁴⁵ Cavanagh, S., Chadwick K. (2005). *Health needs assessment: a practical guide*. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), London, UK.; McGregor, J. A., Camfield, L., & Woodcock, A. (2009). Needs, Wants and Goals: Wellbeing, Quality of Life and Public Policy. *Applied Research in Quality of Life*, 4(2), 135–154.

мали люди досвід звернення до лікаря протягом останніх п'яти років (запитання А1–А2, див. Додаток А) і наскільки вони задоволені отриманою медичною допомогою.

За результатами опитування «Індекс здоров'я. Україна–2018», **переважна більшість населення в цілому задоволена тим, як працюють різні складові системи охорони здоров'я в Україні.** Наприклад, найбільше задоволені (відповіді «цілком задоволені» та «скоріше задоволені») педіатрами 77,6% респондентів, дільничними терапевтами чи сімейними лікарями — 75,8%, стоматологами — 71,4%. Дещо менше задоволені допомогою, наданою у стаціонарах, — 55,9%, у пологових будинках — 64,1%, вузькими спеціалістами в поліклініці — 65,9% (*рис. 6.1*). Динаміка рівня задоволеності медичними послугами за 2016–2018 роки є в цілому позитивною, за винятком задоволеності швидкою медичною допомогою, оцінювання якої має тенденцію до погіршення.

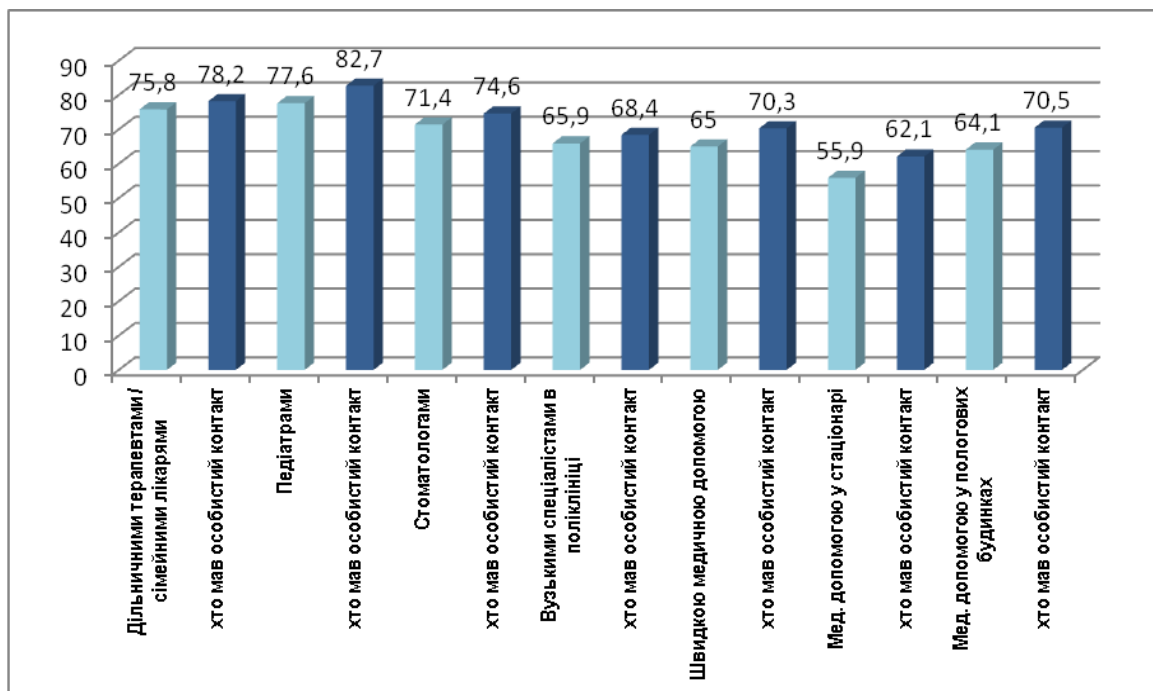


Рис. 6.1. Задоволеність медичною допомогою серед населення загалом та серед тих, хто мав контакт з надавачами медичних послуг протягом останніх п'яти років (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), %

При цьому ті, хто мав особистий контакт із закладами охорони здоров'я протягом останніх п'яти років, надають їй дещо вищу оцінку за всіма складовими.

Порівняння ситуації в регіонах (*табл. 6.1*) дає підстави стверджувати, що у 2018 р. **найвищий рівень задоволення** (відповіді «цілком задоволені» та «скоріше задоволені») всіма складовими системи охорони здоров'я висловили мешканці Волинської, Харківської та Херсонської областей. У 2017 р. найвищі рівні задоволення демонстрували Донецька, Миколаївська, Харківська та Чернівецька області.

Водночас мешканці Сумської, Запорізької та Хмельницької областей у 2018 р. продемонстрували найнижчий рівень задоволення медичним обслуговуванням. Варто відзначити, що Сумська область посідала останнє місце за рівнем задоволеності й у двох попередніх хвилях опитування — у 2016 та 2017 роках. Запорізька область також мала низькі показники задоволеності у 2016 та 2017 роках. Натомість такі низькі значення є неочікуваними для Хмельницької області.

У деяких областях рівень задоволення різними складовими системи охорони здоров'я виявився нерівномірним. Так, у Кіровоградській області населення відносно менше задоволене роботою дільничних терапевтів / сімейних лікарів (54,3%), стоматологами (40,2%), медичним обслуговуванням у стаціонарі (37,9%) і водночас виявило досить високий рівень задоволення швидкою медичною допомогою — 80,9% (що є значно вищим за загальноукраїнський показник) та роботою педіатрів — 76,6%.

Привертає увагу ситуація в Донецькій області, де всі показники є дещо вищими за загальноукраїнські, за винятком задоволеності медичною допомогою у стаціонарі (40,8%) та в пологових будинках (40,9%). Треба зауважити, що в Донецькій області у 2018 р. порівняно з 2017 р. відбулось суттєве зниження рівня задоволеності медичною допомогою у стаціонарі (з 68,9% до 40,8%) і певне зниження — дільничними терапевтами / сімейними лікарями (з 85,3% до 80,3%), педіатрами (з 87% до 82,3%).

Регіональні відмінності між найвищим і найнижчим рівнями задоволення окремими складовими системи охорони здоров'я сягають майже 60%: різниця в задоволеності сімейними лікарями становить 58,3% (95,5% у Волинській області та 37,2% у Сумській), різниця в задоволеності педіатрами — 53,1% (94,6 % у Волинській області та 41,5% у Сумській), стоматологами — 47,7% (87,9 % у Харківській області та 40,2% у Кіровоградській), вузькими спеціалістами — 53% (89,9% у Волинській області та 36,9% у Сумській), швидкою допомогою — 59,7% (85,5% у Луганській області та 25,8% у Хмельницькій), допомогою у стаціонарі — 58,8% (86,3% у Херсонській області та 27,5,9% у Сумській), допомогою в пологових будинках — 54,2% (94,0% у Харківській області та 39,8% у Запорізькій).

За соціально-демографічними характеристиками (*табл. 6.2*) спостерігався дещо вищий рівень (різниця 0,6–5,6%) задоволення всіма аспектами надання медичної допомоги серед жінок. Схожа відмінність спостерігалась і в 2017 р., проте різниця між чоловіками та жінками скорочується.

Як і в попередні роки, мешканці сільської місцевості дещо більше, ніж жителі міст (різниця 0,4–4,9%), задоволені медичною допомогою.

Молоді люди (віком 18–29 років) найбільше задоволені медичною допомогою, за винятком швидкої медичної допомоги. Серед старших вікових груп спостерігаємо нижчий рівень задоволеності, знову ж таки за винятком швидкої медичної допомоги, найбільше задоволені якою люди старші 60 років.

Відчутної відмінності у рівнях задоволеності в сім'ях із різними рівнями доходів на одного члена сім'ї не виявлено.

Медичною допомогою більше задоволені респонденти, які оцінюють своє здоров'я як добре, аніж ті, хто оцінює власне здоров'я як погане (за винятком швидкої медичної допомоги, якою більше задоволені ті, хто оцінив своє здоров'я як «погане»).

Отже, респонденти виявили досить високі рівні задоволеності різними медичними послугами і значення показників зростають у 2016–2018 р. Суттєві розбіжності між рівнями задоволення виявлено: 1) між регіонами (у Волинській області рівень задоволення різними складовими системи охорони здоров'я коливається від 75,8% до 95,5%, а в Сумській— від 27,5% до 58,2%); 2) між тими, хто оцінює своє здоров'я як дуже добре, й тими, хто оцінює власне здоров'я як дуже погане (різниця в оцінках різних складових системи охорони здоров'я становить 8,7–32,6%).

Як і в попередні роки, отримані результати дослідження «Індекс здоров'я. Україна–2018» щодо задоволеності доцільно розглядати, зважаючи на особливості концепту задоволеності⁴⁶, наприклад, на порівнянні очікувань людини з отриманим результатом (якщо очікування низькі, навіть посередній результат може принести задоволення, оскільки він вищий за очікування). З огляду на це можна пояснити дещо вищий рівень задоволеності медичними послугами у сільській місцевості та в людей, які мають нижчі рівні освіти.

⁴⁶ Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning*, 6(3–4), 185–210.
Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*, 45(12), 1829–1843.

Таблиця 6.1. Задоволеність медичною допомогою: розподіл за областями для населення загалом (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), %

Питання анкети A1	Дільн.терапевтами /сімейними лікарями	Педіатрами	Стоматологами	Вузькими спеціалістами в поліклініці	Швидкою медичною допомогою	Мед. допомогою у стаціонарі	Мед. допомогою у пологових будинках
Україна	75,8	77,6	71,4	65,9	65,0	55,9	64,1
Вінницька	75,3	65,9	69,4	58,1	57,0	48,7	57,9
Волинська	95,5	94,6	87,4	89,9	83,1	75,8	85,9
Дніпропетровська	72,3	70,7	54,3	68,1	68,0	51,4	62,5
Донецька	80,5	82,3	73,2	66,4	70,4	40,8	40,9
Житомирська	84,6	94,1	65,7	83,4	78,0	65,4	62,7
Закарпатська	70,9	82,2	67,2	58,1	56,2	42,8	63,1
Запорізька	58,6	53,0	56,4	39,2	39,5	34,7	39,8
Івано-Франківська	77,4	77,7	83,7	60,4	68,9	62,4	57,2
Київська	75,6	78,9	74,4	61,6	63,4	60,4	65,9
Кіровоградська	54,3	76,6	40,2	39,7	80,9	37,9	56,8
Луганська	79,8	82,7	64,6	55,9	85,5	73,3	89,9
Львівська	84,1	85,7	85,5	77,4	73,7	76,4	84,3
Миколаївська	74,3	70,5	64,6	63,8	63,8	55,8	66,9
Одеська	71,0	81,6	65,0	61,0	55,1	57,4	58,3
Полтавська	72,6	68,6	75,0	68,2	72,1	62,9	56,4
Рівненська	74,2	73,6	82,3	65,7	68,5	65,1	71,7
Сумська	37,2	41,5	58,2	36,9	37,1	27,5	44,5
Тернопільська	79,8	84,3	83,8	74,1	75,1	65,4	69,0
Харківська	90,6	90,8	87,9	80,5	82,6	77,6	94,0
Херсонська	84,3	91,2	84,1	85,4	80,3	86,3	86,6
Хмельницька	60,2	60,2	58,5	48,3	25,8	28,7	51,8
Черкаська	80,4	77,1	81,8	82,9	75,6	67,1	67,8
Чернівецька	78,4	76,9	79,3	66,8	65,0	61,0	56,4
Чернігівська	79,5	91,4	81,1	73,3	78,8	69,5	72,2
м. Київ	77,2	88,0	68,2	74,6	68,2	55,9	63,5

Таблиця 6.2. Задоволеність медичною допомогою: розподіл за статтю, віком, типом місцевості та станом здоров'я для населення загалом (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), %

Питання анкети A1	Дільн. терапевтами / сімейними лікарями	Педіатрами	Стоматологами	Вузькими спеціалістами в поліклініці	Швидкою медичною допомогою	Мед. допомогою у стаціонарі	Мед. допомогою у пологових будинках
<i>Україна</i>	75,8	77,6	71,4	65,9	65	55,9	64,1
<i>СТАТЬ</i>							
чоловіки	74,9	75,3	70,7	65,6	61,8	54,6	63,0
жінки	76,4	78,9	72,0	66,2	67,4	56,9	64,7
<i>ВІКОВА ГРУПА</i>							
18–29 років	80,7	81,6	78,9	69,9	61,8	58,6	70,0
30–44 роки	75,1	78,7	73,1	64,9	62,8	53,6	65,5
45–59 років	74,0	73,5	68,4	63,0	64,5	54,7	58,1
60 років і старші	74,2	73,0	65,1	67,1	69,7	57,6	55,6
<i>ТИП МІСЦЕВОСТІ</i>							
міська	74,7	77,5	70,3	65,8	64,4	54,4	62,9
сільська	78,2	77,9	73,8	66,8	66,6	59,3	67,1
<i>РІВЕНЬ ОСВІТИ</i>							
початкова або неповна загальна середня	80,9	78,9	69,5	75,8	75,6	71,4	74,9
повна загальна середня	77,4	76,8	71,6	62,9	66,6	54,4	62,6
професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	77,2	73,3	63,6	60,6	62,0	51,0	58,8
неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж)	77,4	79,3	72,8	68	67,5	56,1	65,5
базова вища (бакалавр)	71,4	74,7	69,8	62,3	56,1	58,6	64,6
повна вища (спеціаліст, магістр)	75,6	79,8	75,7	69,6	58,6	58,8	66,4
науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)	71,10	100,0	84,3	71,6	60,1	60,1	76,1
<i>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</i>							
до 1000 грн	72,7	75,9	70,2	62,9	63,9	49,3	65,9
1001–1500 грн	76,8	77,6	70,5	65,3	63,7	56,6	69,2
1501–2000 грн	73,9	78,4	66,6	66,3	68,1	56,6	69,3
2001–2500 грн	73,6	77,2	65,6	62,0	66,5	50,1	59,0
понад 2500 грн	77,0	77,5	72,1	66,9	61,7	53,8	56,6
<i>САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я</i>							
дуже погане	51,7	57,4	52,3	55,1	58,0	45,2	44,7
погане	69,0	67,2	58,6	58,6	67,3	53,2	41,5

посереднє — не добре, але й не погане	73,2	71,4	65,5	63,9	63,8	53,7	57,2
добре	79,8	82,3	77,6	69,8	65,8	59,1	69,9
дуже добре	84,3	83,2	80,3	71,7	66,7	61,5	70,6

Результати опитування «Індекс здоров'я. Україна–2018» засвідчують, що **загалом дільничними терапевтами / сімейними лікарями задоволені 75,8% респондентів** (57% скоріше задоволені й 18,8% цілком задоволені).

Рівень задоволеності цією складовою системи охорони здоров'я має тенденцію до зростання (рис. 6.2). У 2016 р. задоволення дільничними терапевтами / сімейними лікарями висловлювали 69,3% респондентів, у 2017 р. — 72,7%, у 2018 р. — 75,7% (різниця 6,4%).

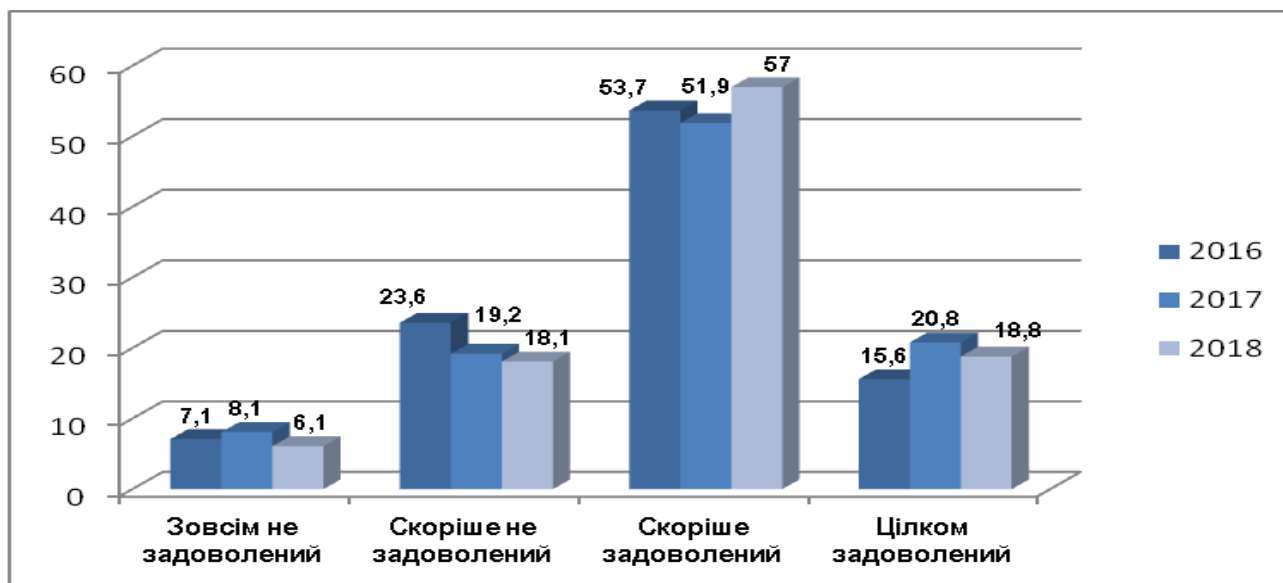


Рис. 6.2. Динаміка задоволеності серед населення загалом тією медичною допомогою, яку надають дільничні терапевти / сімейні лікарі (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), %

У тих, хто звертався до дільничних терапевтів / сімейних лікарів протягом останніх п'яти років, рівень задоволення дещо вищий — 78,2% (58,6% — «скоріше задоволені» і 19,6% — «цілком задоволені»). У 2017 р. цей показник становив 74,3 % (52,9% — «скоріше задоволені» і 21,4% — «цілком задоволені»), а у 2016 р. — 71,5% (54,6% — «скоріше задоволені» і 16,9% — «цілком задоволені»).

На **рис. 6.3** наведено регіональний розподіл рівня задоволеності дільничними терапевтам / сімейними лікарями. **Найвищі рівні мають Волинська (95,5%), Харківська (90,6%) та Житомирська (84,6%) області.**

Найнижчі рівні задоволення виявили мешканці Сумської (37,2%), Кіровоградської (54,3%) та Запорізької (58,6%) областей. При цьому в Сумській області рівень задоволеності має тенденцію до зменшення: у 2017 р. він був 49,5%, а у 2016 р. — 54,8%.

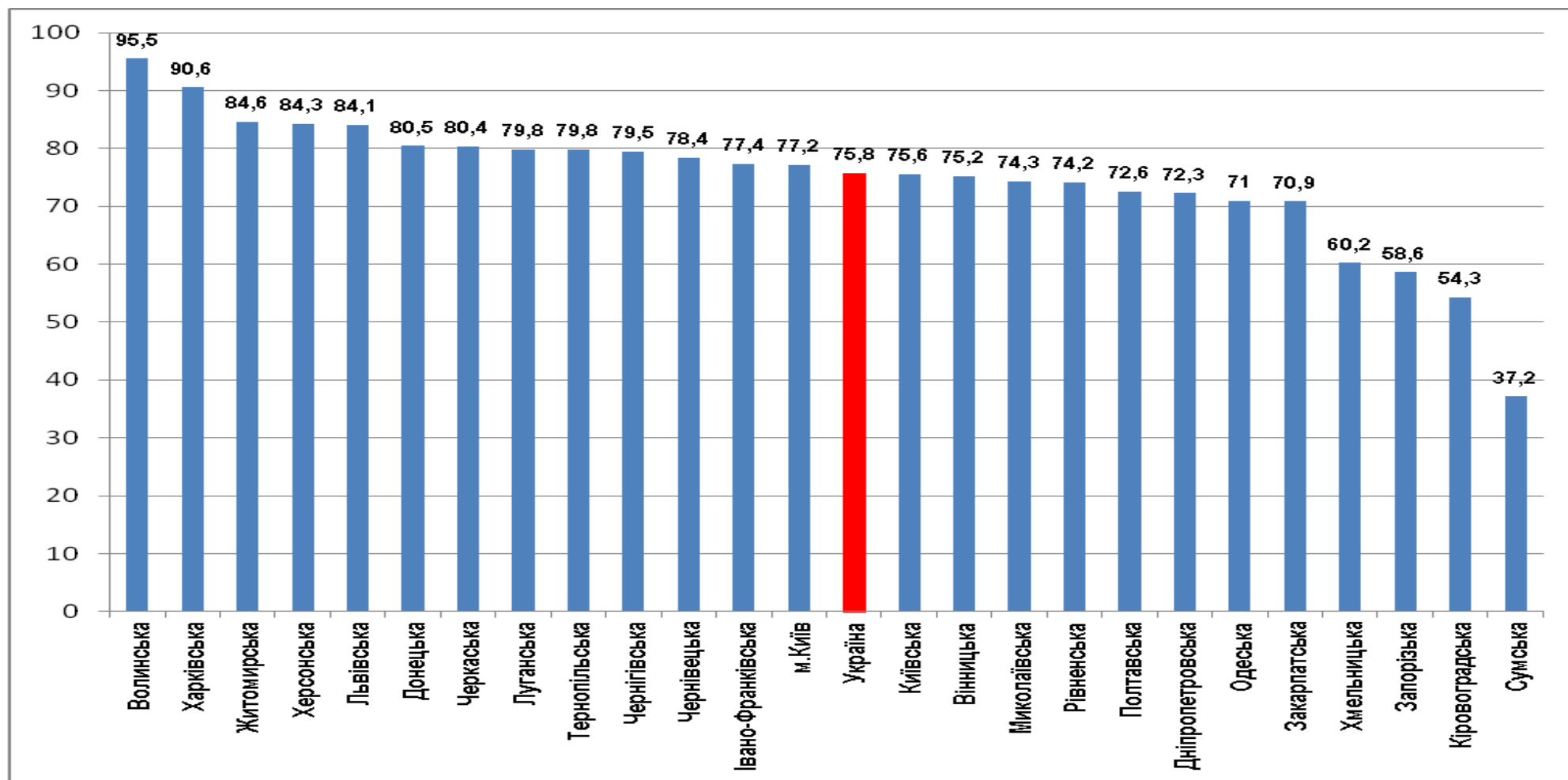


Рис. 6.3. Задоволеність серед населення загалом тією медичною допомогою, яку надають дільничні терапевти / сімейні лікарі: розподіл за областями (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), %

*Задоволеність медичною допомогою, яку надають педіатри
та вузькі спеціалісти в поліклініках*

Результати опитування «Індекс здоров'я. Україна–2018» засвідчують, що **загалом педіатрами задоволені 77,6% респондентів** (55,4% — скоріше задоволені і 19,2% — цілком задоволені).

Рівень задоволеності педіатрами має тенденцію до зростання (рис. 6.4). У 2016 р. задоволення педіатрами висловлювали 71% респондентів, у 2017 р. — 74,8%, у 2018 р. — 77,6% (різниця 5,6%).

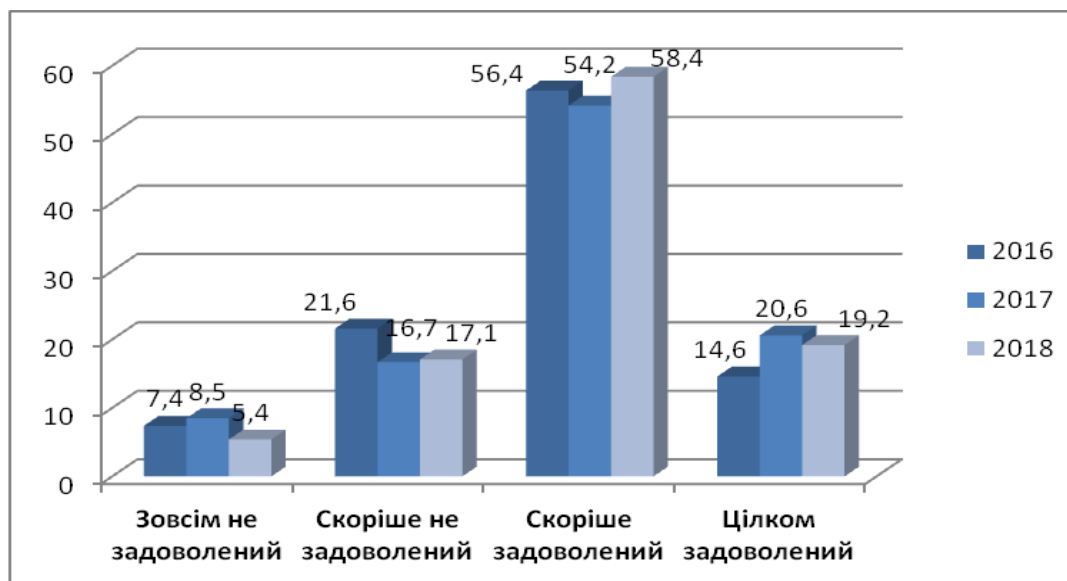


Рис. 6.4. Динаміка задоволеності серед населення загалом тією медичною допомогою, яку надають педіатри (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), %

У тих, хто звертався до педіатрів протягом останніх п'яти років, рівень задоволення становить **82,7%** (59,9% — скоріше задоволені і 22,8% — цілком задоволені). Це на 5,1% вище, ніж рівень задоволення серед населення в цілому. У 2017 р. цей показник становив 77,8% (54,3% — скоріше задоволені і 23,5% — цілком задоволені), а у 2016 р. — 75,5% (57,6% — скоріше задоволені і 17,9% — цілком задоволені).

Найвищий рівень задоволення медичною допомогою, яку надають педіатри, у 2018 р. демонстрували представники вікової групи 18–29 років (81,6% скоріше задоволених та цілком задоволених), найнижчий — люди старші 60 років (73%). Жінки мають вищий загальний рівень задоволення цією медичною допомогою, аніж чоловіки (78,9% та 75,3% відповідно). Мешканці міської та сільської місцевості мають однакові рівні задоволення. Так само не виявлено принципової відмінності між тим, як оцінюють медичну допомогу, яку надають педіатри, представники домогосподарств із різним рівнем доходу.

На **рис. 6.5** подано регіональний розподіл рівня задоволеності педіатрами.

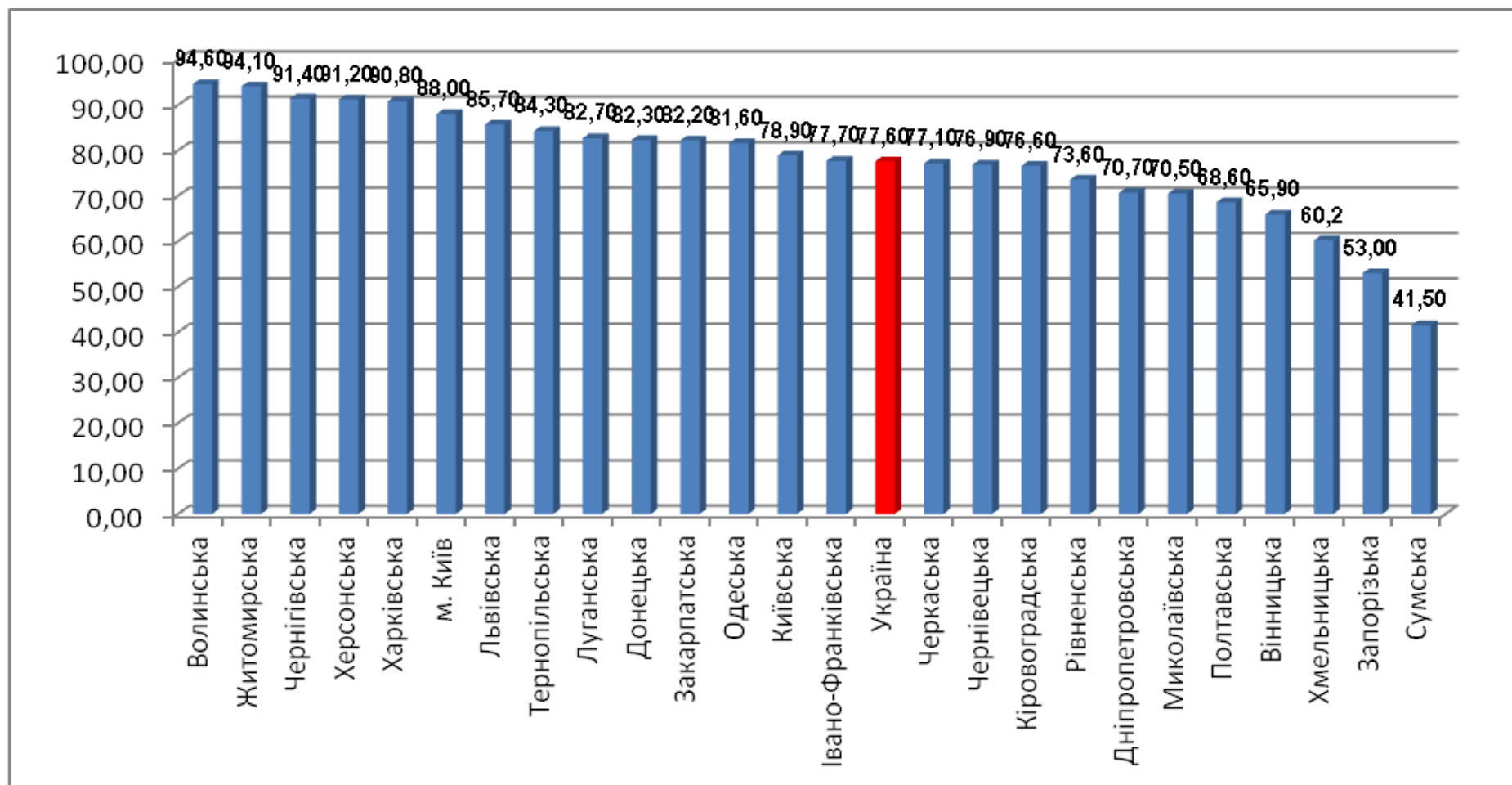


Рис. 6.5. Задоволеність серед населення загалом тією медичною допомогою, яку надають педіатри: розподіл за областями (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), %

Найвищі рівні мають Волинська (94,6%), Житомирська (94,1%), Чернігівська (91,4%) області. Так, Волинська область є лідером за задоволеністю медичною допомогою первинного рівня (дільничні терапевти, сімейні лікарі, педіатри). Найнижчі рівні задоволення виявили мешканці Сумської (41,5%), Запорізької (53%) та Хмельницької (60,2%) областей.

Що стосується медичної допомоги, яку надають вузькі спеціалісти в поліклініках, то нею респонденти задоволені відносно менше, ніж допомогою, яку надають дільничні терапевти / сімейні лікарі та педіатри. **Вузькими спеціалістами в поліклініці задоволені 65,9% респондентів** (53% — «скоріше задоволені» й 13% — «цілком задоволені»).

Рівень задоволеності цією складовою системи охорони здоров'я не зазнає відчутних змін (рис. 6.6). У 2016 р. задоволення вузькими спеціалістами висловлювали 67,3% респондентів, у 2017 р. — 65,7%, у 2018 р. — 65,9%

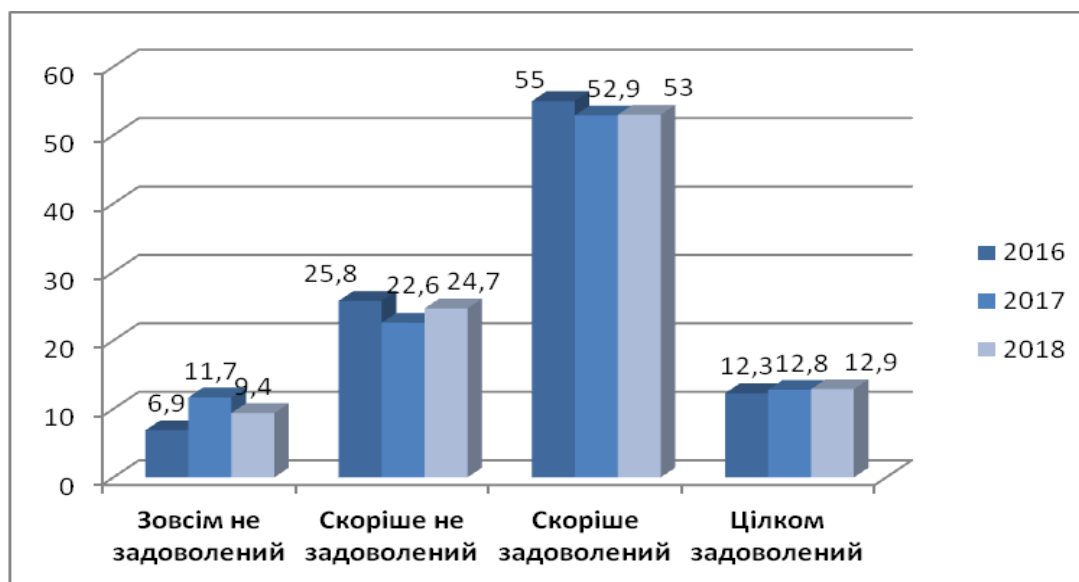


Рис. 6.6. Динаміка задоволеності серед населення загалом тією медичною допомогою, яку надають вузькі спеціалісти в поліклініці (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), %

На **рис. 6.7** наведено регіональний розподіл рівня задоволеності педіатрами, вузькими спеціалістами. **Найвищий рівень мають Волинська (89,9%), Херсонська (85,4%) та Житомирська (83,4%) області, а найнижчий — Сумська (36,5%).** Розрив між областями сягає 53,4%.

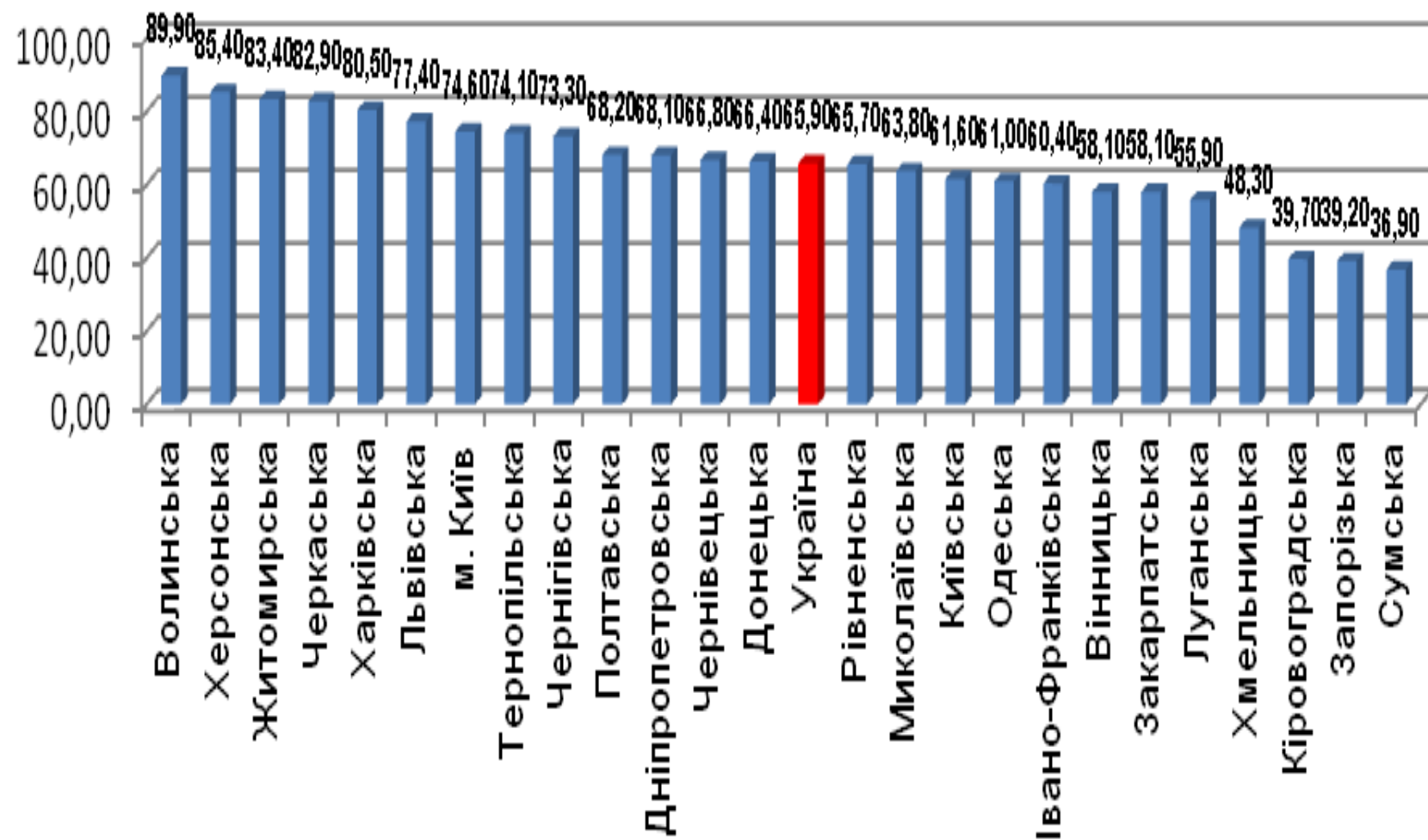


Рис. 6.7. Задоволеність серед населення загалом тією медичною допомогою, яку надають вузькі спеціалісти в поліклініці: розподіл за областями (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), %

Задоволеність медичною допомогою, яку надають у стаціонарах

Медичну допомогу, яку надають у стаціонарах, позитивно оцінило **55,9% респондентів** (46,1% — «скоріше задоволені» та 9,8% — «цілком задоволені»).

У 2017 р. загальний рівень задоволення медичною допомогою у стаціонарі становив 57,2%, у 2016 р. — 56,4%. Тобто показник має певну тенденцію до зменшення рівня задоволеності (*рис. 6.8*). Він також майже на 20% нижчий за рівень задоволеності дільничними терапевтами / сімейними лікарями.

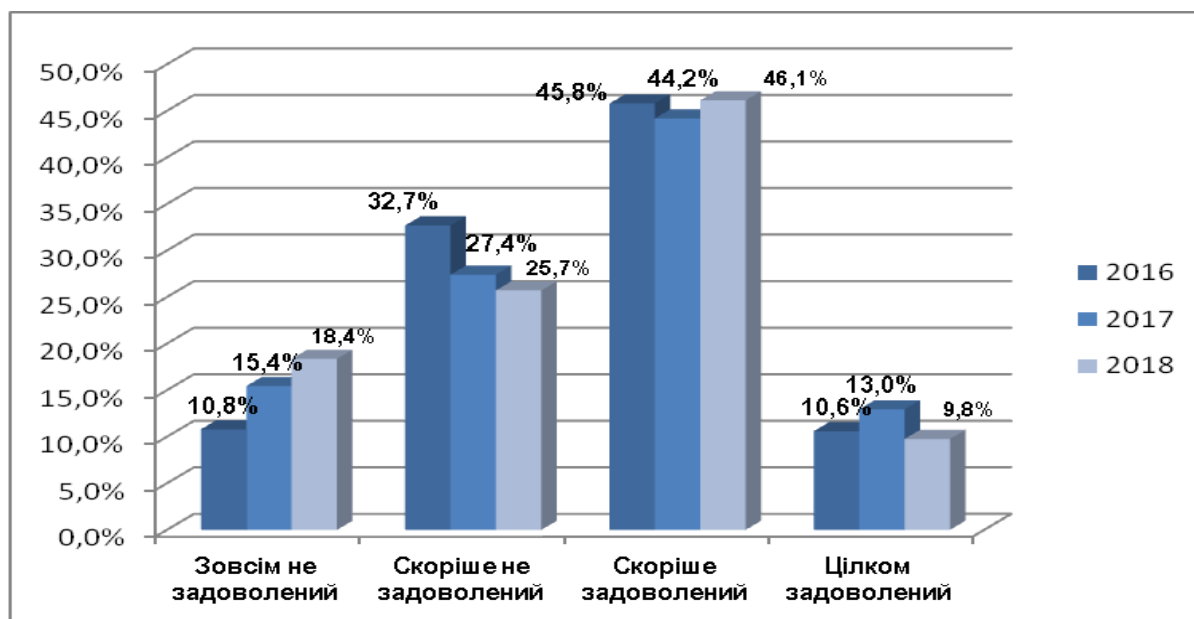


Рис. 6.8. Динаміка задоволеності серед населення загалом тією медичною допомогою, яку надають у стаціонарах, %

У тих, хто отримував медичну допомогу у стаціонарі протягом останніх п'яти років, рівень задоволення у 2016–2017 рр. майже не змінився: у 2016 р. він становив 61,1%, у 2017 р. — 61,4%, у 2018 р. — 62,1%. Водночас цей показник є дещо вищим, ніж рівень задоволеності серед населення в цілому.

На *рис. 6.9* наведено регіональний розподіл рівня задоволеності послугами в стаціонарі. Найвищі рівні мають Херсонська (86,3%), Харківська (77,6%) та Львівська (76,4%) області. Найнижчі рівні задоволення виявили мешканці Сумської (27,5%), Хмельницької (28,7%) та Запорізької (34,7%) областей.

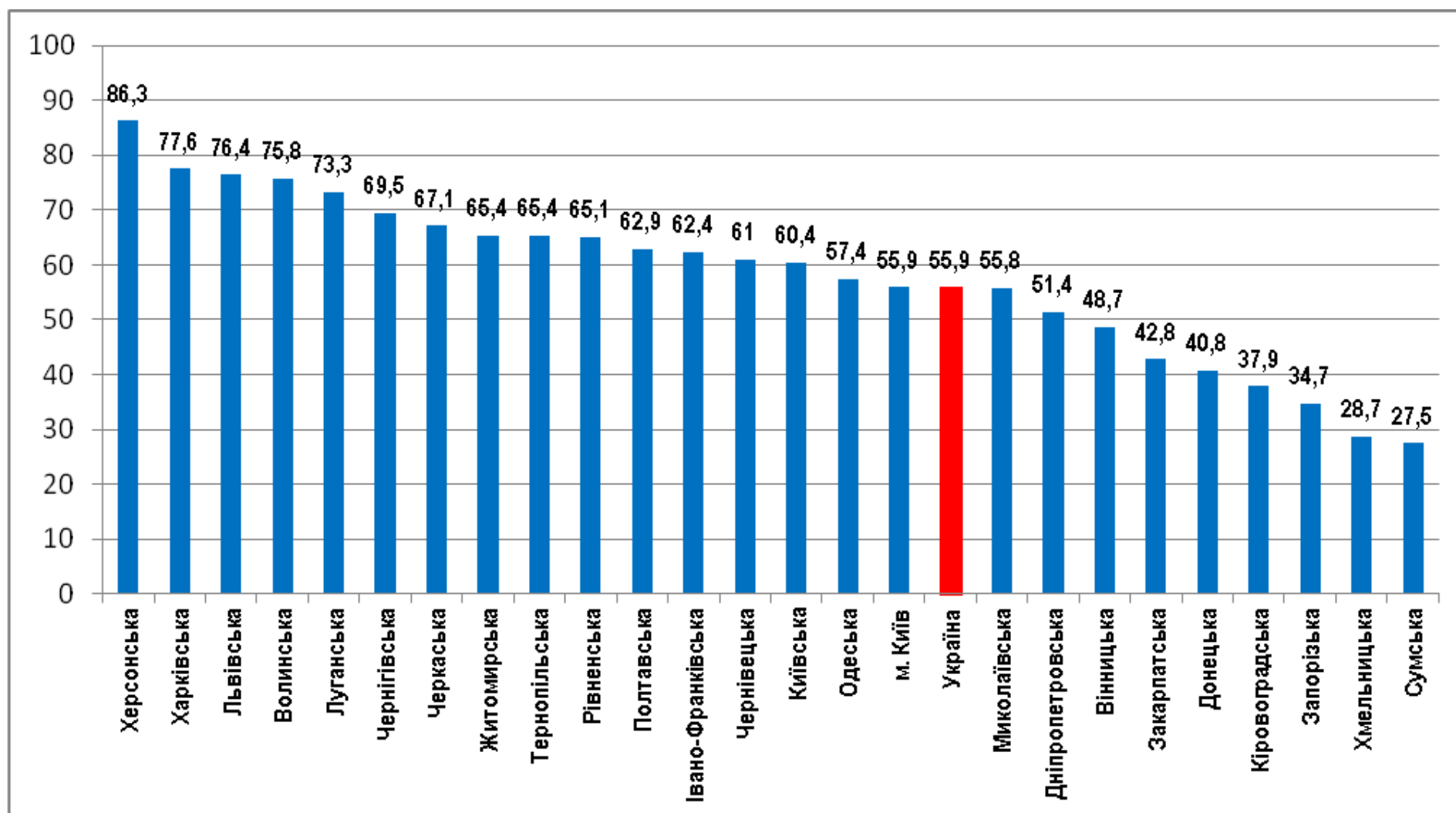


Рис. 6.9. Задоволеність серед населення загалом тією медичною допомогою, яку надають у стаціонарі: розподіл за областями (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), %

Задоволеність медичною допомогою, яку надають у пологових будинках

Медичну допомогу, яку надають у пологових будинках, позитивно оцінило 64,1% респондентів (50,3% — «скоріше задоволені» і 13,8% — «цілком задоволені»).

У 2017 р. загальний рівень задоволення медичною допомогою в пологових будинках становив 60,5%, у 2016 р. — 61,0%. Тобто показник має певну тенденцію до незначного зростання рівня задоволеності (*табл. 6.3*). Він також майже на 10 в.п. нижчий за рівень задоволеності дільничними терапевтами / сімейними лікарями.

Найвищі рівні задоволеності пологовими будинками мають Харківська (94,0%), Луганська (89,9%), Херсонська (86,6%), Волинська (85,9%) та Кіровоградська (85,9%) області. Найнижчі рівні задоволення виявили мешканці Запорізької (39,8%), Донецької (40,9%) та Сумської (44,5%) областей.

Щодо соціально-демографічних відмінностей, то різниця між мешканцями сільської (67,1%) та міської місцевостей (62,9%) незначна, тоді як групи респондентів з різними доходами показують дещо більшу різницю: заможніші менше задоволені (56,6% — у групі доходів більше 2500 грн та 59% — у групі 2001–2500 грн), і значення задоволеності зростає до найменш заможних груп (65,9% — у групі доходів менше 1000 грн, 69,2% — у групі 1001–1500 грн, як і в 1501–2000 грн).

Задоволеність медичною допомогою, яку надають «швидкі»

Медичну допомогу, яку надають «швидкі», позитивно оцінило 65,0% респондентів (50,2% — «скоріше задоволені» і 14,8% — «цілком задоволені»). У 2017 р. загальний рівень задоволення медичною допомогою, наданою бригадою екстреної медичної допомоги, становив 69,9% (49,9% — «скоріше задоволені» і 20,0% — «цілком задоволені»), у 2016 р. — 73,2% (54,9% — «скоріше задоволені» і 18,3% — «цілком задоволені»). Тобто показник має певну тенденцію до зменшення рівня задоволеності.

У *табл. 6.3* також наведено регіональний розподіл рівня задоволеності пологовими будинками. **Найвищі рівні мають Луганська (85,5%), Волинська (83,1%), Харківська (82,6%) та Кіровоградська (80,9%) області. Найнижчі рівні задоволення виявили мешканці Хмельницької (25,8%), Сумської (37,1%) та Запорізької (39,5%) областей.**

Найбільш задоволені «швидкою» люди старшого віку (більше 60 років) — 69,7%, меншою мірою задоволені наймолодші (18–29 років) — 61,8%. Також найбільша задоволеність «швидкою» помічена в людей з найнижчим рівнем освіти (75,6%) на противагу 61,9% з освітою спеціаліста й магістра та 64,7% з освітою бакалавра.

Таблиця 6.3. Динаміка задоволеності серед населення загалом тією медичною допомогою, яку надають «швидкі» й у пологових будинках, %

Питання анкети А1	«Швидка»			Пологові будинки		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016
	«не задоволений», %					
Україна	35,0	30,1	26,8	35,9	39,5	38,9
Вінницька	43,0	30,0	21,3	42,1	37,3	35,6
Волинська	16,9	15,8	7,5	14,1	17,8	25,9
Дніпропетровська	32,0	24,8	22,8	37,5	34,1	37,9
Донецька	29,6	18,7	47,2	59,1	14,3	60,5
Житомирська	22,0	29,5	24,9	37,3	30,7	39,2
Закарпатська	43,8	24,9	18,4	36,9	45,8	27,8
Запорізька	60,5	58,3	38,2	60,2	64,0	48,5
Івано- Франківська	31,1	25,6	25,4	42,8	43,4	49,5
Київська	36,6	26,6	32,6	34,1	31,8	36,2
Кіровоградська	19,1	40,9	33,3	43,2	62,5	76,0
Луганська	14,5	16,1	18,9	10,1	18,8	24,8
Львівська	26,3	35,7	22,2	15,7	31,9	45,5
Миколаївська	36,2	8,9	11,2	33,1	3,2	6,8
Одеська	44,9	50,8	31,1	41,7	60,5	37,3
Полтавська	27,9	24,3	35,0	43,6	31,7	42,1
Рівненська	31,5	33,0	30,4	28,3	38,1	38,4
Сумська	62,9	60,7	49,8	55,5	72,9	61,7
Тернопільська	24,9	30,8	17,1	31,0	29,9	25,8
Харківська	17,4	11,1	17,8	6,0	17,2	29,5
Херсонська	19,7	24,4	35,7	13,4	36,2	40,6
Хмельницька	74,2	36,6	18,6	48,2	43,0	26,6
Черкаська	24,4	25,7	16,8	32,2	50,9	42,8
Чернівецька	35,0	16,7	24,1	43,6	30,7	33,2
Чернігівська	21,2	22,8	20,5	27,8	20,6	28,4
м. Київ	51,4	43,4	23,8	36,5	57,7	38,3

6.2. Сприйняття проблем та змін системи охорони здоров'я

Визначення основних проблем охорони здоров'я

Під час опитування респондентів просили відповісти на запитання «На Вашу думку, які основні проблеми в системі охорони здоров'я? Назвіть до трьох проблем, починаючи з найважливішої». Якщо аналізувати перший вибір респондентів щодо проблем охорони здоров'я, то **найвищий рівень стурбованості викликають: висока вартість ліків** (21,9% у 2017 р. і 21% у 2018 р.); **корупція в Міністерстві охорони здоров'я** (20,2 % у 2017 р. і 20,3% у 2018 р.), **брак сучасного обладнання** (10,3% у 2017 р. і 11,7% у 2018 р.); **неформальні платежі пацієнтів** (11,6% у 2017 р. та у 2018 р.). Водночас привертає увагу скорочення частки тих, хто вважає проблемою високу вартість лікування: з 13,8% у 2017 р. до 10% у 2018 р. (*рис. 6.10*). Це співзвучно з результатами щодо відкладання звернення до лікаря та госпіталізації через фінансові негаразди — в 2018 р. менша частка опитаних звітує про фінансову недоступність допомоги (див. Розділи 3 та 4 даного звіту). При цьому ті респонденти, які оцінювали своє здоров'я як «дуже погане» або «погане», як найбільшу проблему вказували високу вартість ліків та неформальні платежі лікарям.

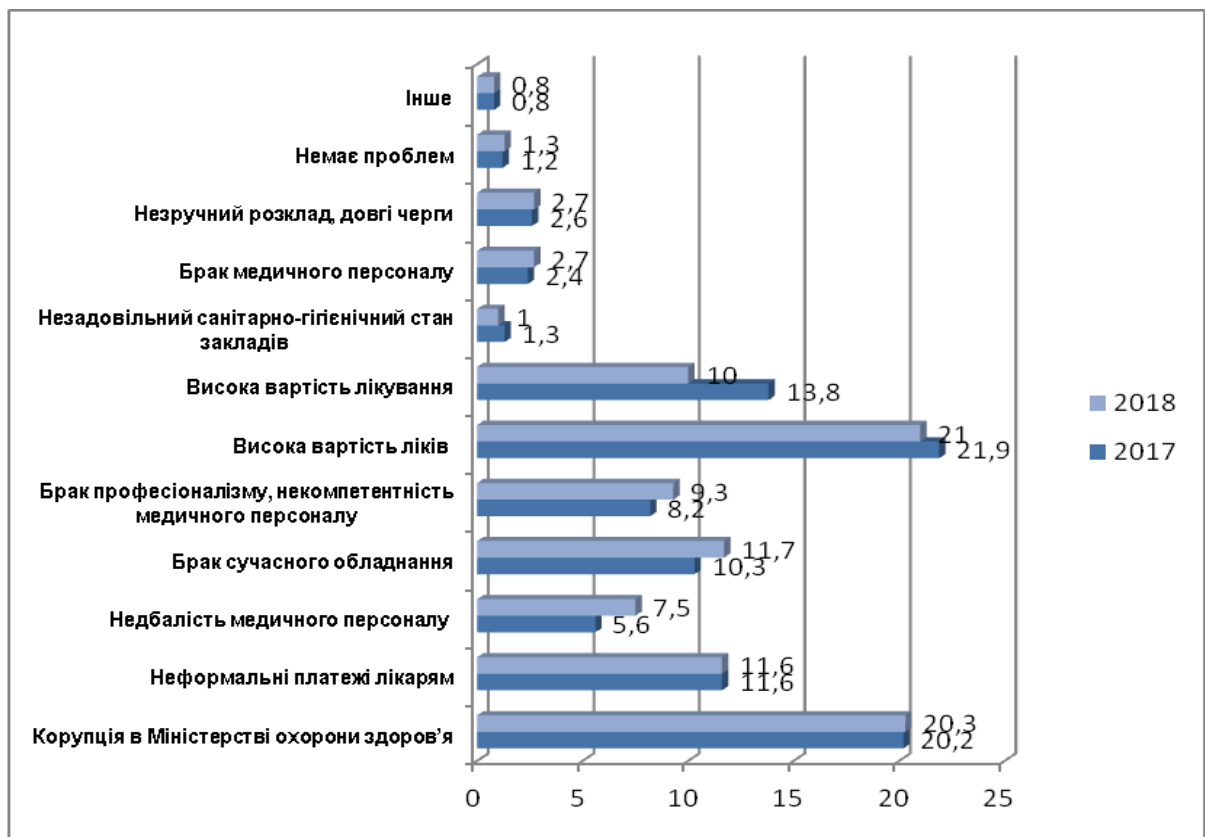


Рис. 6.10. Розподіл відповідей на запитання «На Вашу думку, які основні проблеми в системі охорони здоров'я? Назвіть до трьох проблем, починаючи з найважливішої» (перший вибір), %

Як і у відповідях на інші запитання анкети, наявні суттєві регіональні відмінності в оцінюванні різних проблем системи охорони здоров'я. Так, високу вартість ліків вважає найважливішою проблемою 36,1% респондентів Херсонської області й лише 8,8% — Хмельницької. Неформальні платежі є найпріоритетнішою проблемою для 27,9% мешканців Сумської області (респонденти якої надзвичайно невдоволені медичними послугами) і лише для 2,1% мешканців м. Києва. Водночас тільки 2,6% мешканців Сумської області вважають найголовнішою проблемою високу вартість лікування на противагу 18% жителів Миколаївської області. Доволі критичні до медичного персоналу мешканці м. Києва, де 23,7% респондентів вважають найбільшою проблемою брак професіоналізму та компетентності в медичних працівників, тоді як їхню думку поділяють лише 1,6% мешканців Волинської області.

Ставлення до реформи системи охорони здоров'я

У 2018 р., як і в попередніх хвилях дослідження, анкета містила запитання щодо ставлення до реформи охорони здоров'я, а саме: «Чи, на Вашу думку, потрібна реформа охорони здоров'я взагалі?» та «Як Ви думаєте, чи відбувається реформа охорони здоров'я?»

За результатами опитування у 2018 р. **73,1% респондентів зазначили, що реформа охорони здоров'я потрібна.** Упродовж 2016–2018 рр. суб'єктивне відчуття потреби в реформі охорони здоров'я зменшилось з 92,9% до 73,1% (*рис. 6.11*), проте в цілому залишалось досить високим: майже три чверті респондентів третьої хвилі опитування вважають за необхідне змінювати чинну систему охорони здоров'я.

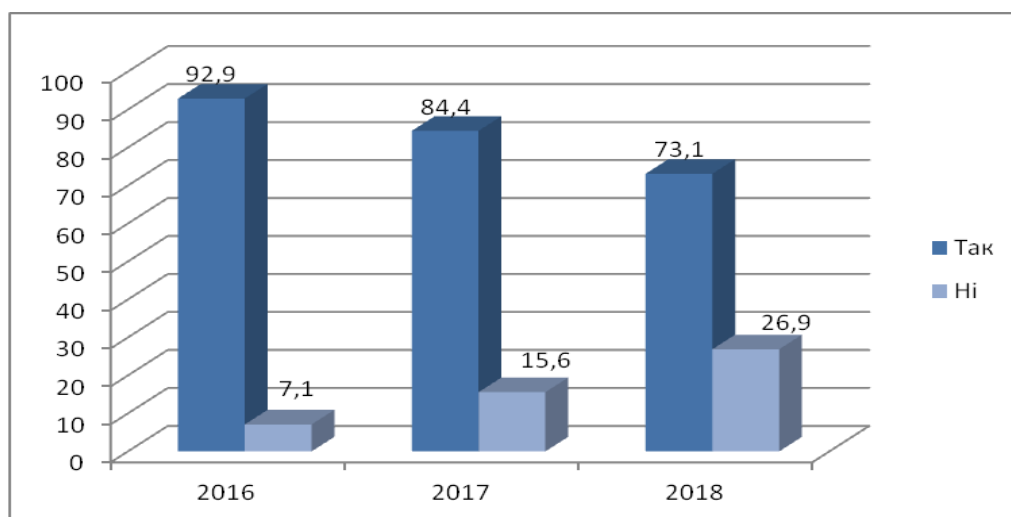


Рис. 6.11. Динаміка розподілу відповідей на запитання «Чи, на Вашу думку, потрібна реформа охорони здоров'я взагалі?», %

У 2018 р. найвищі рівні потреби в реформі демонстрували респонденти з Кіровоградської (97,1%), Івано-Франківської (90,8%) та Закарпатської (90,4%) областей, а найнижчі — Запорізької (39,6%), Житомирської (48,8%), Сумської (49%) та Харківської (49%) (рис. 6.12).

Не спостерігається особливої відмінності в думці щодо потреби реформування між статтю та типом місцевості. Проте є відмінності між ставленням до реформ людей різного віку, освіти, рівня доходів та стану здоров'я: чим молодша людина, чим вищий її рівень освіти і рівень добробуту в родині, краща самооцінка здоров'я, тим вищий рівень очікувань реформ системи охорони здоров'я та відчуття того, що реформа вже відбувається (табл. 6.4).

Таблиця 6.4. Потреба в реформі та її втілення: розподіл за статтю, віковими групами, типом місцевості, рівнем освіти та станом здоров'я для населення загалом, %

Питання анкети А9 та А10	На Вашу думку, чи потрібна взагалі реформа охорони здоров'я?		Як Ви думаєте, чи відбувається реформа охорони здоров'я?	
	так	ні	так	ні
Україна	73,1	26,9	42,5	57,5
СТАТЬ				
чоловіки	73,4	26,6	41,5	58,5
жінки	72,9	27,1	43,3	56,7
ВІКОВА ГРУПА				
18–29 років	81,6	18,4	49,1	50,9
30–44 роки	74,8	25,2	43,3	56,7
45–59 років	72,9	27,5	40,5	59,5
60 років і старші	65,1	34,9	38,6	61,4
ТИП МІСЦЕВОСТІ				
міська	72,4	27,6	43,7	56,3
сільська	74,9	25,1	39,5	60,5
РІВЕНЬ ОСВІТИ				
початкова або неповна загальна середня	70,0	30,0	38,0	62,0
повна загальна середня	69,9	30,1	39,5	60,5
професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	67,0	33,0	33,6	66,4
неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	73,8	26,2	43,6	56,4
базова вища (бакалавр)	76,6	23,4	48,1	51,9
повна вища (спеціаліст, магістр)	79,0	21,0	49,1	50,9
науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)	82,9	17,1	68,9	31,1
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ				
до 1000 грн	72,3	27,7	36,5	63,5
1001–1500 грн	66,4	33,6	34,5	65,5
1501–2000 грн	66,9	33,1	42,6	57,4
2001–2500 грн	69,6	30,4	41,4	58,6
понад 2500 грн	77,7	22,3	45,7	54,3
САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я				
«дуже погане»	56,5	43,5	26,2	73,8
«погане»	66,1	33,9	35,5	64,5
«посереднє — не добре, але й не погане»	68,8	31,2	37,5	62,5
«Добре»	78,0	22,0	47,1	52,9

«Дуже добре»	81,8	18,2	57,2	42,8
--------------	------	------	------	------

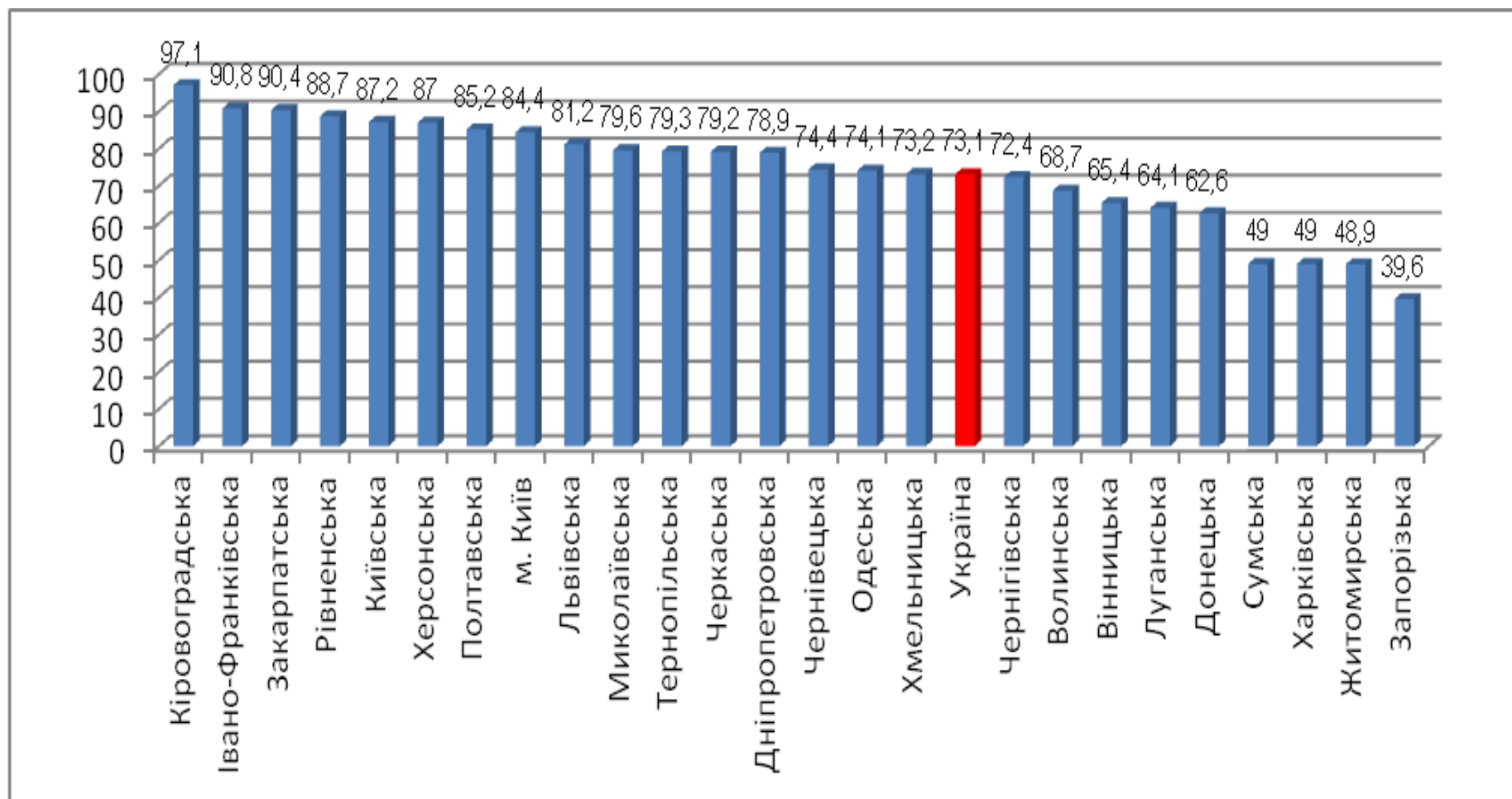


Рис. 6.12. Розподіл за регіонами відповідей на питання «Чи, на Вашу думку, потрібна реформа охорони здоров'я взагалі?», %

Загалом упродовж 2016–2018 років відчуття того, що реформа в системі охорони здоров'я відбувається, зросло з 15,2% у 2016 р. до 42,5% у 2018 р. (*рис. 6.13*). Таке зростання є обґрунтованим, адже наприкінці 2017 р. було ухвалено законодавство, спрямоване передовсім на розбудову системи фінансування охорони здоров'я. Більше того, відбувалася активна комунікаційна кампанія щодо підписання декларацій із сімейним лікарем, унаслідок якої майже половина населення обрала собі лікаря. Це не могло не позначитися на сприйнятті реформи охорони здоров'я.

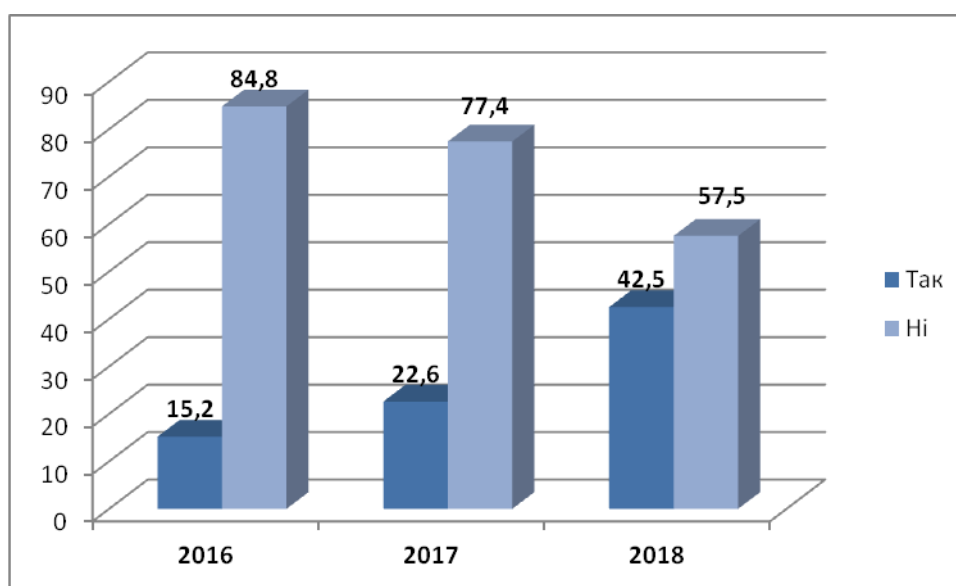


Рис. 6.13. Динаміка розподілу відповідей на запитання «Як Ви думаєте, чи відбувається реформа охорони здоров'я?», %

Найбільше реформи в системі охорони здоров'я відчують мешканці Луганської (80,6%), Полтавської (75,2%) та Івано-Франківської (69,3%) областей, найменше — респонденти з Донецької (18%), Закарпатської (20,5%) та Кіровоградської (22%) областей (*рис. 6.14*). У 2017 р. найвищі показники мали Полтавська (46,7%), Київська (44,3%) та Луганська (43,4%) області, а найнижчі — Миколаївська (4,4%), Херсонська (4,9%) та Сумська (6%).

Варто додати, що лише 5,4% респондентів відчули за останні 12 місяців покращення якості медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем або дільничним терапевтом чи педіатром (тобто в амбулаторії загальної практики-сімейної медицини або центрі первинної медико-санітарної допомоги). Найбільше в Житомирській (19,8%), Івано-Франківській (13,4%) та Львівській (11,7%) областях, найменше — у Кіровоградській (0%), Сумській (0,2%) та Херсонській (0,7%).

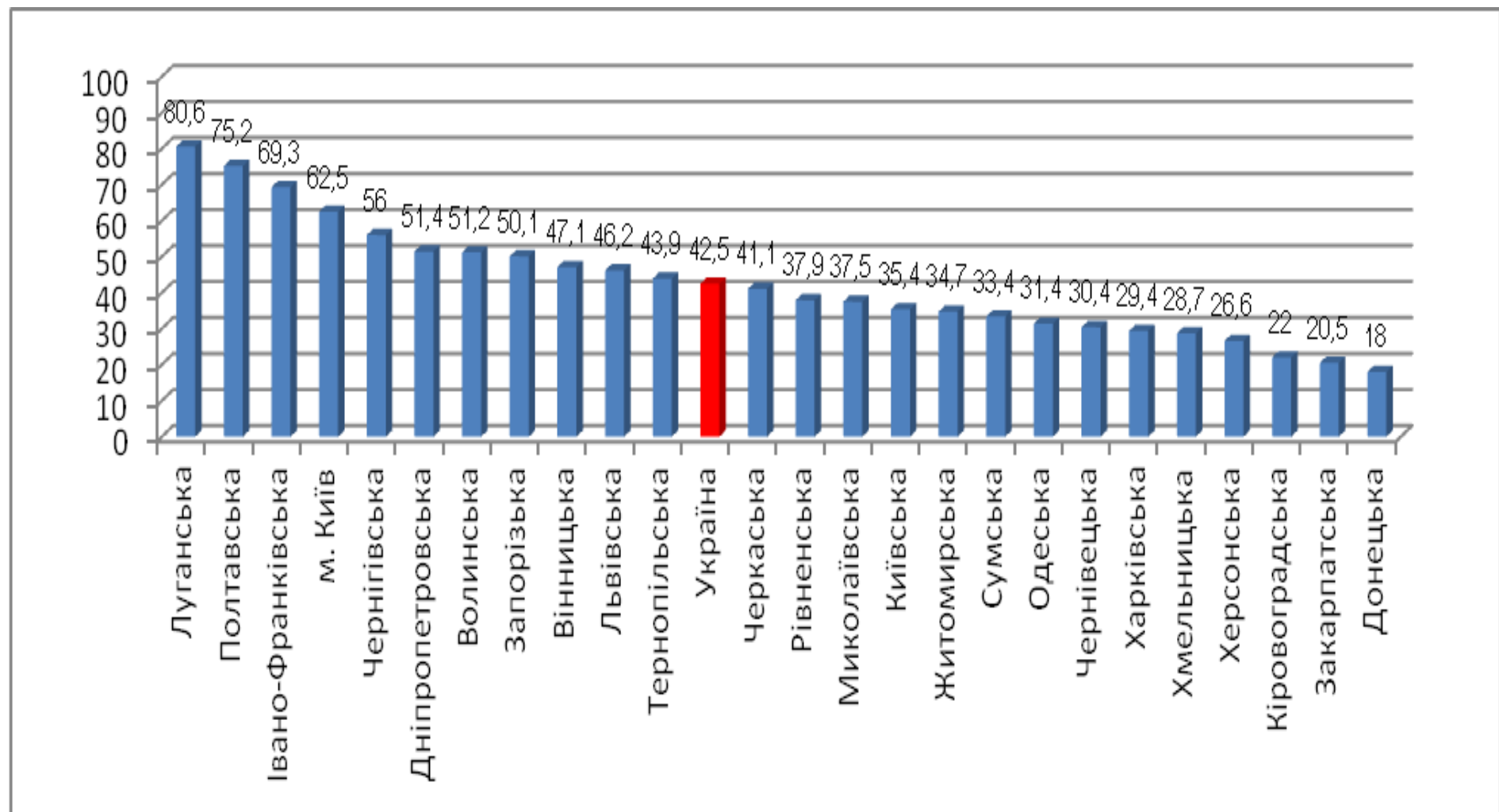


Рис. 6.14. Розподіл за регіонами відповідей на запитання «Як Ви думаєте, чи відбувається реформа охорони здоров'я?», %

Відповідальність за зміни системи надання медичних послуг

У 2016–2018 роках анкета містила питання про те, від кого найбільшою мірою залежить покращення функціонування медичних закладів. **Респонденти найчастіше вважають, що за покращення відповідає міністр охорони здоров'я:** так думало 74,9% опитаних у 2018 р. (*рис. 6.15*). Водночас, на думку опитаних, поліпшення суттєво залежить від роботи головного лікаря медичного закладу (40,1%), а також від Президента та Прем'єр-міністра. Хоча реформа охорони здоров'я передбачає активну роль місцевих органів влади після впровадження змін, під час трьох хвиль опитування респонденти оцінювали роль місцевої влади в покращенні функціонування медичних закладів як незначну: 15,4% у 2016 р. та 16% у 2018 р. й у 2017 р.

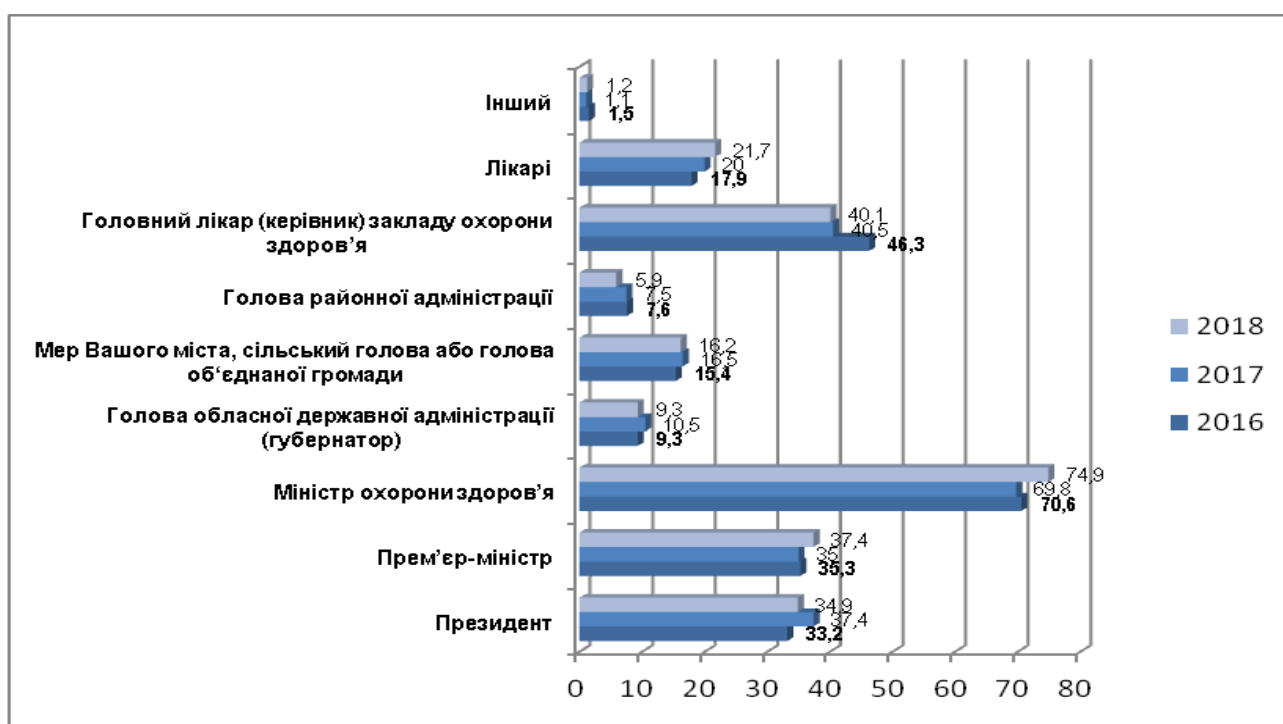


Рис. 6.15. Розподіл відповідей на запитання «Як Ви вважаєте, що саме зміниться в результаті цієї реформи, яку наразі впроваджують уряд і місцеві органи самоврядування», (респонденти могли обрати більше однієї відповіді), %

Очікування від реформи охорони здоров'я

Основним результатом реформи охорони здоров'я опитані передусім хочуть бачити правильне діагностування та призначення лікування, причому частка тих, хто очікує саме такого результату, зросла із 47,2% у 2017 р. до 58,6% у 2018 р. (*рис. 6.16*). Водночас скоротилась із 17% до 12,4% частка тих, хто вбачає як найбажаніший результат реформ зменшення витрат пацієнта на медичну допомогу, і з 14,9% до 11,6% очікування того, що реформа вплине насамперед на зменшення витрат пацієнтів на ліки. Такі очікування

респондентів дещо ідуть врозріз із проголошеними цілями реформи охорони здоров'я в Україні, яка має забезпечити перехід на нову модель фінансування галузі. До того ж ці очікування суперечать уявленням самих же респондентів, котрі вважають найбільшими проблемами в охороні здоров'я України високу вартість ліків та корупцію в Міністерстві охорони здоров'я (див. наведений раніше на **рис. 6.10** перелік проблем). З іншого боку, спостерігаємо зріст заробітної плати в Україні протягом останніх років, що могло вплинути на купівельну спроможність людей та на сприйняття фінансової доступності чи фінансових бар'єрів у разі споживання медичної допомоги.

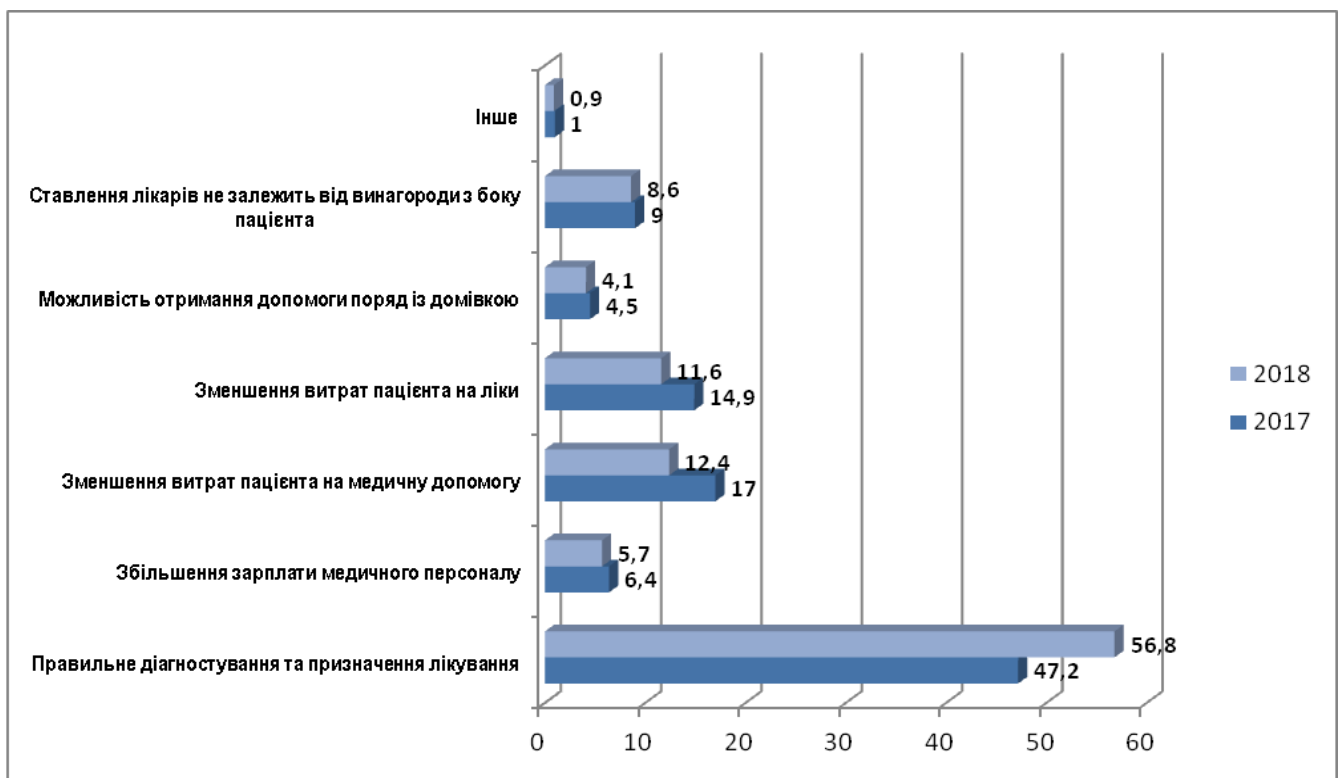


Рис. 6.16. Динаміка розподілу відповідей на запитання «Що б Ви хотіли бачити в результаті реформи системи охорони здоров'я? Можете обрати дві відповіді, починаючи з найважливішої» (перший вибір), %

Спостерігаються суттєві **регіональні відмінності в баченні бажаних результатів реформ** системи охорони здоров'я. Так, правильне діагностування та призначення лікування є найважливішим бажаним результатом для 76,2% мешканців Хмельницької області та для майже вдвічі меншої частки респондентів із Чернігівської області (38,2%). Зменшення витрат пацієнта на медичну допомогу вважають найпотрібнішим результатом реформ 25,5% мешканців Житомирської області й лише 4% мешканців Волинської області.

Водночас респонденти досить критично оцінюють ймовірні наслідки нинішнього курсу реформ у системі охорони здоров'я. Майже половина респондентів очікують насамперед позитивних змін в охороні здоров'я: того, що не потрібно буде сплачувати за

медичну допомогу «з кишені» (11,2%); що буде краще забезпечення медичним обладнанням (10%); що вибір лікаря відбуватиметься без прив'язки до місця реєстрації (7,8%). У той час як інша половина респондентів або вважає, що нічого не зміниться (13%), або очікує певних негативних змін — того, що медична допомога не буде доступною фінансово (8,1%) або що така допомога не буде доступною територіально та фізично (5,7%). При цьому чим старша людина і чим гірше вона оцінює своє здоров'я, тим негативніше вона сприймає ймовірні наслідки реформ.

Жодних змін унаслідок реформ не очікують 43,3% респондентів Чернігівської області, 40,1% — Луганської, 35,5% — Кіровоградської.

Сутнісних змін в оцінюванні результатів реформ між 2017 та 2018 роками не помічено, хіба що дещо менша частка людей стала очікувати територіальної та фізичної недоступності медичної допомоги і трохи більша, що не потрібно буде сплачувати за неї «з кишені» та те, що можна обрати лікаря (рис. 6.17).

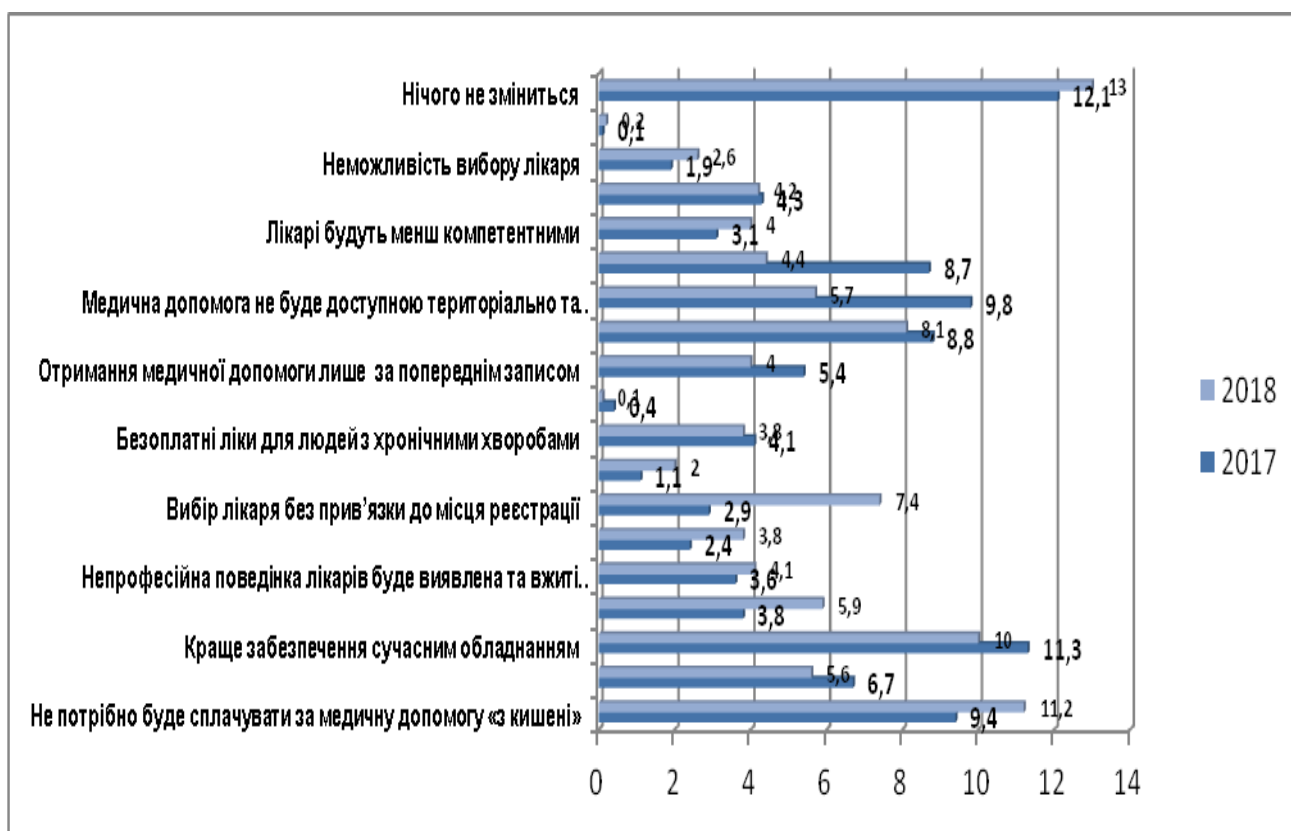


Рис. 6.17. Динаміка розподілу відповідей на запитання «Як Ви вважаєте, що саме зміниться в результаті тієї реформи, яку наразі впроваджують уряд і місцеві органи самоврядування? Можете обрати дві відповіді, починаючи з найважливішої» (перший вибір), %

6.3. Ставлення до електронної системи охорони здоров'я та вибору сімейного лікаря

Сприйняття електронної системи охорони здоров'я

У 2018 р. до анкети увійшло запитання, що відображає один із напрямів здійснення реформи охорони здоров'я в Україні — розбудову сучасної системи управління медичною інформацією, інструментом чого є система електронної охорони здоров'я. Запитання, яке ми ставили в анкеті: «Міністерство охорони здоров'я планує запровадити систему електронної охорони здоров'я протягом найближчих років. Що було б для Вас як для пацієнта найважливішим у такому сервісі, який може надавати доступ до Вашої медичної картки в електронній формі?» (можна було обрати більше однієї відповіді).

Відносно частіше респонденти обирали відповіді «Будь-який лікар, до якого я звертатимуся, зможе побачити необхідні записи» (29,9%) та «Я зможу бачити всю свою історію хвороби та записи лікарів» (28,9%). Найменш важливим для пацієнтів виявилась «Конфіденційність, тобто збереження таємниці стану мого здоров'я» (18,2%). Також майже п'ята частина тих, хто відповідав на це запитання (19,8%), вважає, що такий сервіс взагалі не потрібен (рис. 6.18).



Рис. 6.18. Розподіл відповідей на запитання «Міністерство охорони здоров'я планує запровадити систему електронної охорони здоров'я протягом найближчих років. Що було б для Вас як для пацієнта найважливішим у такому сервісі, який може надавати доступ до Вашої медичної картки в електронній формі?» (респонденти могли обрати більше однієї відповіді), %

Регіональний розподіл відповідей, наведений у **табл. 6.5**, свідчить про розбіжності від 3,2 до 8,9 разів в оцінюванні інновації, запровадженої у 2018 р. Міністерством охорони здоров'я. Так, на непотрібність електронної охорони здоров'я вказують 36,4% респондентів Чернівецької області, 31,6% — м. Києва та 29,4% — Миколаївської області. Їхню думку поділяють лише 4,1% мешканців Сумської області, які зараз вкрай невдоволені наявною системою охорони здоров'я, 7,9% — Луганської та 11,5% — Харківської.

Найбільше тих, хто вважає найважливішою в електронній охороні здоров'я можливість того, що будь-який лікар, до якого прийшов пацієнт, зможе побачити необхідні записи, мешкає у Волинській (58,1%), Чернігівській (47,3%) та Полтавській (45,4%) областях, найменше — у Хмельницькій (12,4%), Кіровоградській (12,9%) областях та в м. Києві (13,6%).

Найбільше охочих бачити власну історію хвороби в Донецькій (47,6%), Сумській (47,3%) та Волинській (45,6%) областях, найменше — у Кіровоградській (7,4%).

Аналіз відповідей на запитання щодо запровадження системи електронної охорони здоров'я (**табл. 6.6**) засвідчує суттєву відмінність у ставленні до цієї інновації між людьми молодшого та людьми старшого віку, останні найчастіше називають її непотрібною і не поцінують жодних аспектів цієї системи. Розбіжності наявні й серед людей із різним рівнем освіти: найкритичніше до неї ставляться ті, хто має початкову або неповну середню освіту та загальну середню освіту. Це можна пояснити тим, що людям старшого віку й людям із нижчими рівнями освіти складніше розібратися з електронною системою, і вони, вірогідно, мають менший доступ до техніки, що забезпечує електронний запис та користування онлайн-записами.

Слід також звернути увагу, що **ті, хто оцінюють своє здоров'я як «дуже погане» та «погане», налаштовані на електронну охорону здоров'я майже втричі критичніше, ніж ті, хто вважає своє здоров'я «дуже добрим».** Можливо, це пов'язано з тим, що перші частіше звертаються до лікарів і прилаштувались до чинного порядку справ, а відтак остерігаються інновацій, що можуть порушити усталений спосіб комунікації з лікарями. Це також може бути пов'язано з тим, що більше старших людей мають гіршу самооцінку здоров'я. Наразі цей аспект потребує глибшого вивчення.

Таблиця 6.5. Розподіл за регіонами відповідей на запитання «Міністерство охорони здоров'я планує запровадити систему електронної охорони здоров'я протягом найближчих років. Що було б для Вас як для пацієнта найважливішим у такому сервісі, який може надавати доступ до Вашої медичної картки в електронній формі?» (респонденти могли обрати більше однієї відповіді), %

Питання анкети A25	Я зможу бачити всю свою історію хвороби та записи лікарів	Будь-який лікар, до якого я звертатимуся, зможе побачити необхідні записи	Конфіденційність, тобто збереження таємниці стану мого здоров'я	Можливість отримання результатів аналізів та діагностики онлайн	Можливість запису до лікаря через систему	Інше	Такий сервіс не потрібен
Україна	28,9	29,9	18,2	24,7	26,8	0	19,8
Вінницька	23,8	22,5	15,3	18,0	15,9	0	28,9
Волинська	58,1	45,6	9,5	11,9	14,1	0	18,2
Дніпропетровська	19,6	24,8	13,5	20,9	34,2	0	22,7
Донецька	46,3	47,6	29,9	34,0	31,8	0	20,5
Житомирська	19,3	24,1	15,4	13,0	23,5	0	23,7
Закарпатська	31,7	26,5	25,1	41,4	35,5	0	16,3
Запорізька	16,6	23,7	14,4	12,4	17,3	0	17,6
Івано-Франківська	25,7	28,9	21,2	28,5	30,9	0,1	12,8
Київська	30,4	42,6	28,6	23,5	28,7	0	11,7
Кіровоградська	12,9	7,4	6,7	7,2	12,2	0	25,3
Луганська	25,3	28,6	16,7	32,2	30,1		7,9
Львівська	43,2	33,0	23,5	31,1	25,5	0	21,5
Миколаївська	25,8	25,1	16,2	27,4	23,5	0,2	29,4
Одеська	17,1	25,0	12,2	19,7	12,9	0	21,3
Полтавська	45,4	39,9	31,8	40,8	35	0	29,2
Рівненська	29,6	23,9	14,5	27,9	25,4	0	17,0
Сумська	42,7	47,3	19,0	14,0	20,4	0	4,1
Тернопільська	18,7	25,9	5,9	38,0	33,2	0	12,0
Харківська	32,2	21,5	9,5	22,5	29,5	0	11,5
Херсонська	16,6	24,1	6,0	22,5	27,4	0	18,0
Хмельницька	12,4	23,1	5,2	8,2	12,4	0	23,9
Черкаська	33,9	39,7	29,8	25,5	27,8	0,3	13,9
Чернівецька	23,1	27,5	15,6	14,9	12,7	0,3	36,4
Чернігівська	47,3	38,8	39,2	44,8	39,8	0	21,0
м. Київ	13,6	17,6	15,0	20,9	37,6	0	31,6

Таблиця 6.6. Розподіл за статтю, віком, місцем проживання, освітою, самооцінкою стану здоров'я відповідей на запитання «Міністерство охорони здоров'я планує запровадити систему електронної охорони здоров'я протягом найближчих років. Що було б для Вас як для пацієнта найважливішим у такому сервісі, який може надавати доступ до Вашої медичної картки в електронній формі?» (респонденти могли обрати більше однієї відповіді), %

Питання анкети A25	Я зможу бачити всю свою історію хвороби та записи лікарів	Будь-який лікар, до якого я звертатимуся, зможе побачити необхідні записи	Конфіденційність, тобто збереження таємниці стану мого здоров'я	Можливість отримання результатів аналізів та діагностики онлайн	Можливість запису до лікаря через систему	Інше	Такий сервіс не потрібен
Україна	28,9	29,9	18,2	24,7	26,8	0	19,8
СТАТЬ							
чоловіки	28,2	30,8	19	24,9	27,6	0	20,4
жінки	29,4	29,2	17,5	24,5	26,2	0	22,6
ВІКОВА ГРУПА							
18–29 років	39,8	39,6	24,8	37,2	42,7	0	7,2
30–44 роки	36,2	36,3	23,1	31,6	34,6	0,1	12
45–59 років	26,5	28	18,2	23	22,9	0	22,2
60 років і старші	15,4	17,9	8,3	10	10,7	0	33,7
ТИП МІСЦЕВОСТІ							
міська	30,4	32	20,3	26,7	29,8	0	18,9
сільська	26,5	25,1	13,4	20,2	19,9	0	22,1
РІВЕНЬ ОСВІТИ							
початкова або неповна загальна середня	14,2	16,4	8,5	8,7	10	0	30,3
повна загальна середня	22,9	23,5	14,3	18,3	19,9	0	26,3
професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	27,6	27,1	16,7	20,4	20,2	0,1	19,4
неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	32,1	30,4	19,2	27,3	28,7	0	17,2
базова вища (бакалавр)	29	32,4	21,5	28,2	34,9	0	14,4
повна вища (спеціаліст, магістр)	33	33,8	22,3	32,2	36,6	0	18,1
науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)	31	36,1	26,3	37,4	49,7	0	14,4
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ							
до 1000 грн	26,9	26,2	18,5	25	23,4	0,1	17,1
1001–1500 грн	26,1	26,2	14,9	19,2	18,1	0	21,4
1501–2000 грн	25	26,1	14,8	19,9	20	0	23,9

2001–2500 грн	30,2	33,6	16,2	23,2	22,4	0	23,5
понад 2500 грн	31,4	33,7	20,3	27,5	32,5		17,3
<i>САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я</i>							
«дуже погане»	12,4	16,2	6,7	9,7	6,7	0	38,7
«погане»	15,9	20,1	9,2	10,9	12,6	0	30,1
«посереднє — не добре, але й не погане»	27,5	29,2	17,3	21,5	22,2	0	22,4
«добре»	32,5	32,7	20,9	29,3	32,6	0	15,3
«дуже добре»	36,8	33	22,4	41,3	46,5	0,1	13

Досвід підписання декларації (вибору) сімейного лікаря

Реформа системи охорони здоров'я в Україні передбачає з-поміж усього іншого підписання декларації із сімейним лікарем. Стартувало це нововведення з 1 квітня 2018 р. Оскільки третя хвиля опитування «Індекс здоров'я. Україна» відбувалася у червні–липні 2018 р., ми не можемо дати належної оцінки темпам підписання декларації⁴⁷. Водночас визначення респондентами того, що для них важливе при виборі сімейного терапевта, дає важливу управлінську інформацію.

На момент проведення опитування **42% респондентів, повідомило, що всі члени домогосподарства, включно з опитуваними, мали підписані декларації із сімейним лікарем**, 5,8% сказало, що в їх домогосподарстві частина осіб має підписані декларації і ще 52,2% поінформувало про те, що жоден із членів домогосподарства не має такої декларації. Дещо активнішими виявилися ті домогосподарства, у складі яких є діти: 52% таких домогосподарств мали декларації із сімейним лікарем у всіх його членів.

Регіональні розбіжності у підписанні декларацій всіма членами родини дорівнюють 52,4% для всіх домогосподарств (найбільше значення — 64,9% у Львівській області та найменше — 12,5% у Сумській). Для домогосподарств із дітьми найбільше значення — 69,2% у Чернігівській області та найменше — 26,2% у Сумській (розбіжність дорівнює 43%).

Найактивніше підписували декларації із сімейним лікарем у Львівській, Вінницькій та Чернігівській областях (*рис. 6.19*), а також у Чернігівській та Вінницькій областях — ті домогосподарства, у складі яких є діти. Найменша частка домогосподарств, де всі члени підписали декларацію із сімейним лікарем, — у Сумській, Кіровоградській областях та у м. Києві. Варто нагадати, що саме в Сумській та Кіровоградській областях населення найбільш незадоволене медичною допомогою (див. *табл. 6.1* для порівняння).

Голова Національної служби здоров'я України (НСЗУ) Олег Петренко підкреслює: «Цікаво, що помітний зв'язок цих даних з рівнем активності, з якою медичні заклади цих регіонів укладають договори з НСЗУ та приєднуються до змін в українській медицині. У вищезгаданих регіонах низький рівень укладання декларацій з лікарями і малий відсоток закладів, які підписали договір з НСЗУ. Якщо ж люди не обиратимуть лікаря в закладі — заклад не підпише договір з НСЗУ і в нього не зможуть прийти кошти від держави. Це сигнал для медичних закладів та місцевої влади: звернути увагу на проблему і скласти план на найближчий час щодо того, як вони виправлятимуть ситуацію» (коментар до Брошури «Індекс здоров'я»).

⁴⁷ За даними МОЗ, станом на 1 вересня 2018 р. декларації підписало близько 17 млн пацієнтів (<https://portal.ehealth.gov.ua/>).

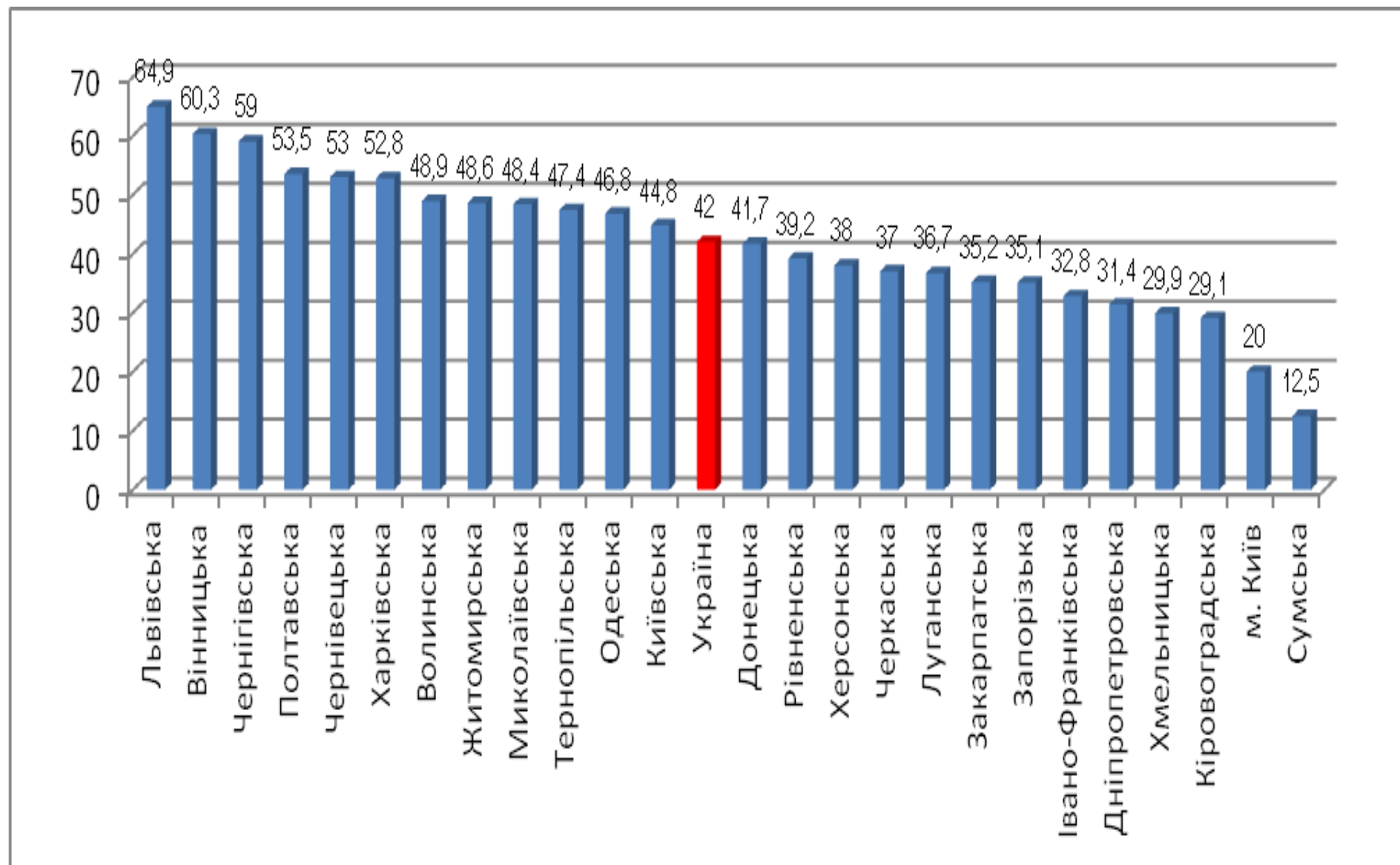


Рис. 6.19. Частка домогосподарств, усі члени яких підписали декларації із сімейним лікарем, %

Принципових відмінностей у підписанні декларацій не виявлено серед респондентів, які мешкають у поселеннях різного типу, мають різний рівень освіти та доходу, оцінюють своє здоров'я певним чином. Частіше про факт підписання декларацій усіма членами домогосподарства повідомляли: люди старші 60 років (48%), аніж молоді люди 18–29 років (35%); жінки (45,1%), аніж чоловіки (38,1%).

Дещо інші результати щодо темпу підписання декларацій демонструють відповіді на запитання «Чи особисто Ви маєте таку підписану декларацію? Якщо ні, то чи робили Ви спробу її підписати?» **37,4% опитаних мали власну декларацію із сімейним лікарем**, 10% не мали такого документа, але намагались це зробити, 52,6% і не намагались цього зробити. Розподіл відповідей за регіонами та за соціально-демографічними показниками відповідає розподілам відповідей на попереднє запитання: частіше декларації підписують жінки, люди старшого віку, люди, які мають проблеми із здоров'ям.

Аналіз відповідей на запитання «Керуючись якими міркуваннями Ви обирали / плануєте обирати свого сімейного лікаря?» (*рис. 6.20*) свідчить, що найважливішим для респондентів є довіра до лікаря: **40,2% опитаних обрали варіант «Це обов'язково має бути лікар, який мене колись лікував і якому я довіряю»**. 24,5% обрали або планують обрати свого попереднього дільничного лікаря.

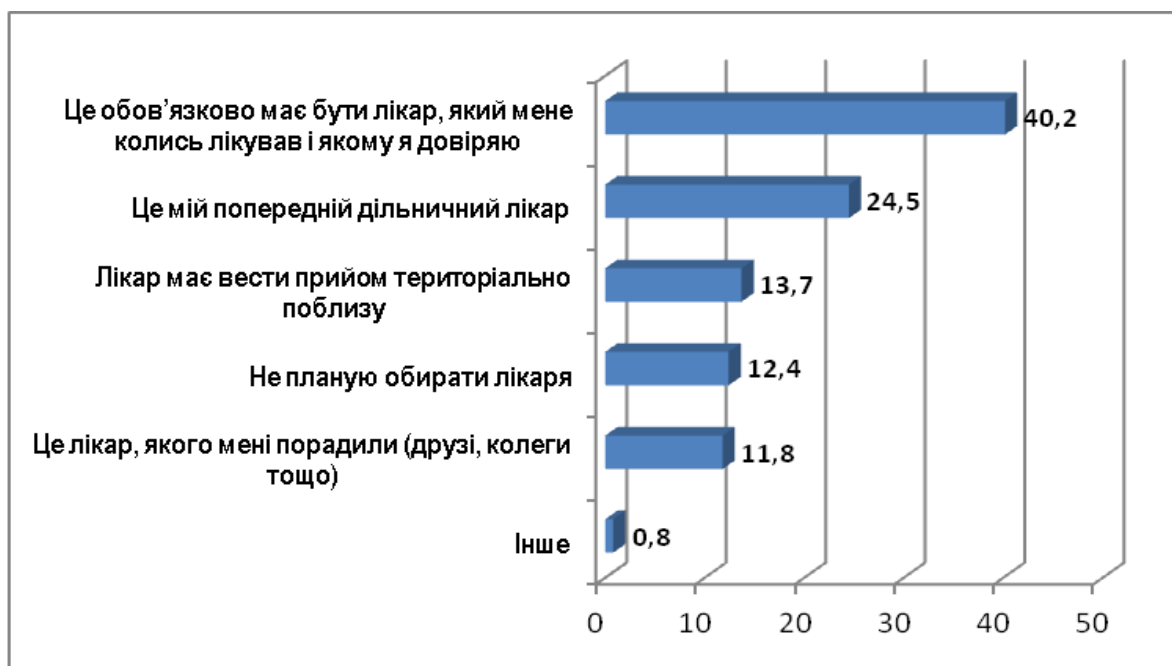


Рис. 6.20. Розподіл відповідей на запитання «Керуючись якими міркуваннями Ви обирали / плануєте обирати свого сімейного лікаря?», %

Як у відповідях на попередні запитання, досить відчутною є регіональна відмінність. Так, варіант «Це обов'язково має бути лікар, який мене колись лікував і якому я довіряю»

обрали 64,1% респондентів Херсонської області й лише 18,5% респондентів з Хмельницької області. Свого попереднього дільничного лікаря обрали чи готові обрати 54,9% мешканців Волинської області та 7,3% мешканців м. Києва.

Не планують обирати сімейного лікаря 12,4% опитаних представників домогосподарств. До такої позиції схильні 42,9% респондентів з Хмельницької області, 39,2% — із Сумської й лише 3,4% мешканців Чернівецької та 3,3% мешканців Тернопільської областей (*рис. 6.21*).

Варто відзначити, що довіра до лікаря є важливою для представників усіх соціально-демографічних груп (розбіжність становить 8%). Свого попереднього лікаря більш схильні обирати люди старші 60 років (29,7%), ті, які мають початкову, неповну середню (31,5%) та загальну середню (26,7%) освіту, люди, які вважають своє здоров'я «поганим» (30,6%), жінки (27,6%).

Отже, проведене дослідження підтверджує відомий у науковій літературі⁴⁸ факт, що високий рівень задоволеності системою охорони здоров'я може спостерігатися на тлі критичних оцінок стану цієї системи і трансформаційних процесів системи. Це пов'язано з тим, що конструкт «задоволеність пацієнтів» має багатовимірний та диференційований характер. З одного боку, задоволеність може стосуватися різних суб'єктів охорони здоров'я, як-от певних лікарів, лікарень у цілому і різних складових медичної допомоги — її інструментальності, доступності тощо⁴⁹, залежати від комунікацій у системі та довіри до інформації⁵⁰. З іншого боку, задоволеність/незадоволеність медичною допомогою може виявлятися на рівні системи (певні дефіцити в охороні здоров'я), на інституційному рівні (наприклад, якість послуг у певному закладі) та на індивідуальному рівні (ставлення та компетентність медичного персоналу)⁵¹. При цьому стосунки лікар–пацієнт можуть відігравати ключову роль у сприйнятті медичної допомоги на первинному рівні⁵². Схожу ситуацію спостерігаємо в Україні при виборі сімейного лікаря: найважливішою для респондентів, за даними проведеного дослідження, виявилась довіра до лікаря.

⁴⁸ Bara, A.C. et al. (2002). Users' satisfaction with the Romanian health care system: an evaluation of recent health care reforms. *European Journal of Public Health*, 12 (4): 39–40, (Supplement); Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *British Medical Journal*, 302: 887–889.

⁴⁹ Singh, J. (1989). The Patient Satisfaction Concept: a Review and Reconceptualization. *Advances in Consumer Research*, 16: 176–179. Retrieved from: <http://acrwebsite.org/volumes/6900/volumes/v16/NA-16>

⁵⁰ Hanauer, D. et al. (2014). Public Awareness, Perception, and Use of Online Physician Rating Sites. *JAMA*, 311(7): 734–735, DOI: 10.1001/jama.2013.283194; Hurst, K., Kelley-Patterson, D. & Knapton, A. (2017). Emergency department attendances and GP patient satisfaction, *London Journal of Primary Care*, 9(5): 69–72, DOI: [10.1080/17571472.2017.1333616](https://doi.org/10.1080/17571472.2017.1333616)

⁵¹ Bankauskaite, V., Saarelma, O. (2003). Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open-ended questions, *International Journal for Quality in Health Care*, 15(1): 23–029. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/15.1.23>

⁵² Calcan, M. et al. (1994). Major Determinants of Consumer Satisfaction with Primary Care in Different Health Systems, *Family Practice*, 11(4): 468–478. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/fampra/11.4.468>

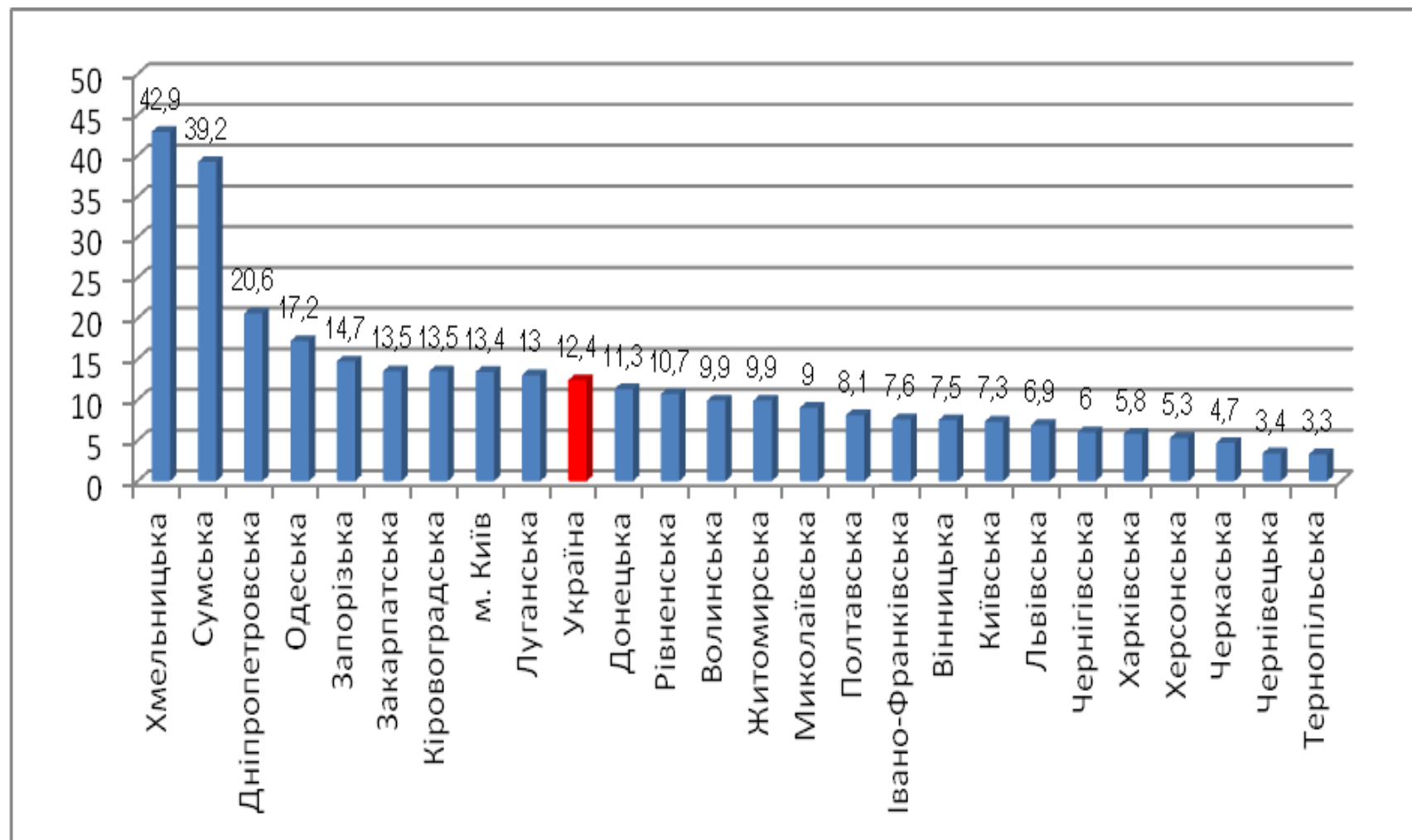


Рис. 6.21. Частка респондентів, які не планують підписувати декларації із сімейним лікарем, %

Наше дослідження також співзвучне з результатами досліджень, проведених в інших країнах, які виявили, що більш критичними в оцінюванні системи охорони здоров'я та здійснюваних у ній змін є люди похилого віку⁵³, а також ті, хто мають гірший стан здоров'я, а відтак досвідченіші в користуванні медичними послугами й мають вищі очікування від медичного обслуговування⁵⁴.

Регіональні розбіжності у ставленні та сприйнятті реформи системи охорони здоров'я можна пояснити як початковими відмінностями у фінансуванні надання медичних послуг у регіонах та попереднім досвідом реформування системи, на що звертали увагу деякі дослідники⁵⁵, так і інформаційними кампаніями у регіональних засобах масової інформації, під час яких реформа охорони здоров'я висвітлювалась неоднаково. Слід додати, що поточна реформа розпочалась в Україні у 2018 р. і початок впровадження її окремих елементів, зокрема реформування лікарень, передбачено до 2020 р., тому оцінку респондентами результатів реформи можна вважати досить попередньою. Разом з тим отримані під час дослідження дані свідчать про домінування таких очікувань від реформи («правильне діагностування та призначення лікування»), які виходять за заявлені в нормативно-правових актах наміри вдосконалити насамперед фінансову складову охорони здоров'я. Така невідповідність між очікуваннями населення та пріоритетами реформування може зумовити посилення негативного сприйняття процесів трансформації системи охорони здоров'я.

⁵³ Ali Jadoo, S.A. et al. (2014). Turkish health system reform from the people's perspective: a cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 14: 30. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-30>

⁵⁴ Damm, K. et al. (2014). Does the perception of fairness and standard of care in the health system depend on the field of study? Results of an empirical analysis. *BMC Health Services Research*, 14: 166. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-16>.

⁵⁵ Lekhan, V., Rudiy, V., Shevchenko, M., Kaluski, N., & Richardson, E. (2015). Ukraine: health system review. *Health systems in transition*, 17(2), 1–154.

ДОДАТОК А. ІНСТРУМЕНТ ДОСЛІДЖЕННЯ

ЧАСТИНА А. СТАВЛЕННЯ ТА СПРИЙНЯТТЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

D1. ВІДМІТЬТЕ СТАТЬ РЕСПОНДЕНТА: Чоловік....1 Жінка....2

D2. Скільки повних років Вам виповнилось? _____ років

РОЗДІЛ А. ЗАДОВОЛЕНІСТЬ СИСТЕМОЮ ТА МЕДИЦИНОЮ

A1. Враховуючи свій власний досвід звернень до приватних або державних закладів охорони здоров'я чи відомий Вам досвід родичів або близьких друзів, скажіть, будь ласка, наскільки Ви задоволені чи не задоволені медичною допомогою, яка сьогодні надається: КАРТКА А1.

СКЛАДОВІ:

Цілком задоволений Скоріше задоволений Скоріше не задоволений Зовсім не задоволений

- 1 Дільничними терапевтами / сімейними лікарями
- 2 Педіатрами
- 3 Стоматологами
- 4 Вузкими спеціалістами в поліклініці
- 5 Швидкою медичною допомогою
- 6 У стаціонарі
- 7 У пологових будинках

A2. Чи мали Ви особистий контакт із представниками таких складових системи охорони здоров'я протягом останніх п'яти років, незалежно від того, зверталися Ви по допомогу для себе особисто чи для когось іншого?

СКЛАДОВІ: Так Ні

- 1 Дільничні терапевти / сімейні лікарі
- 2 Педіатри
- 3 Стоматологи
- 4 Вузкий спеціаліст у поліклініці
- 5 Швидка медична допомога
- 6 Стаціонар
- 7 Пологові будинки

A3. На Вашу думку, які основні проблеми в системі охорони здоров'я? Назвіть до трьох проблем, починаючи з найважливішої. КАРТКА А3. ОДНА ВІДПОВІДЬ У КОЖНОМУ СТОВПЧИКУ

1-ий вибір 2-ий вибір 3-ій вибір

Корупція в Міністерстві охорони здоров'я
Неформальні платежі лікарям — так звані «гонорари», «подяки»
Недбалість медичного персоналу
Брак сучасного обладнання
Брак професіоналізму, некомпетентність медичного персоналу

Висока вартість ліків
Висока вартість лікування
Незадовільний санітарно-гігієнічний стан закладів
Брак медичного персоналу
Незручний розклад, довгі черги
Немає проблем
Інше (вказіть)

A8. На Вашу думку, від кого більшою мірою залежить покращення функціонування медичних закладів? КАРТКА A8. МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

Президент
Прем'єр-міністр
Міністр охорони здоров'я
Голова обласної державної адміністрації (губернатор)
Мер Вашого міста, сільський голова або голова об'єднаної громади
Голова районної адміністрації
Головний лікар (керівник) закладу охорони здоров'я
Лікарі
Інший (вказіть)

A9. На Вашу думку, чи потрібна взагалі реформа охорони здоров'я? Так Ні

A10. Як Ви думаєте, чи відбувається реформа охорони здоров'я? Так Ні

A11. Що б Ви хотіли бачити в результаті реформи системи охорони здоров'я? Можете обрати дві відповіді, починаючи з найважливішої. КАРТКА A11. ОДНА ВІДПОВІДЬ У КОЖНОМУ СТОВПЧИКУ

Правильне діагностування та призначення лікування
Збільшення зарплати медичного персоналу
Зменшення витрат пацієнта на медичну допомогу
Зменшення витрат пацієнта на ліки
Можливість отримання допомоги поряд із домівкою
Ставлення лікарів не залежить від винагороди з боку пацієнта
Інше (вказіть)

A12. Як Ви вважаєте, що саме зміниться в результаті цієї реформи, яку наразі впроваджує уряд і місцеві органи самоврядування? Можете обрати дві відповіді, починаючи з найважливішої. КАРТКА A12. ОДНА ВІДПОВІДЬ У КОЖНОМУ СТОВПЧИКУ

СИТУАЦІЯ ПОКРАЩИТЬСЯ, А САМЕ:

Не потрібно буде сплачувати за медичну допомогу «з кишені»

Надавачі медичної допомоги матимуть ліки і товари медичного призначення для надання допомоги

Краще забезпечення сучасним обладнанням
Зручність в отриманні медичної допомоги за попереднім записом
Непрофесійна поведінка лікарів буде виявлена та вжиті відповідні заходи
Пацієнт зможе впливати на якість медичної допомоги
Вибір лікаря без прив'язки до місця реєстрації
Наявність прозорої системи черг на отримання медичних товарів, наприклад, протезів тощо
Безоплатні ліки для людей з хронічними хворобами
Інша позитивна зміна (вказіть)

СИТУАЦІЯ ПОГІРШИТЬСЯ, А САМЕ:

Отримання медичної допомоги лише за попереднім записом
Медична допомога не буде доступною фінансово
Медична допомога не буде доступною територіально та фізично
Громадяни додатково будуть із зарплати платити страхові внески
Лікарі будуть менш компетентними
Лікарі будуть наживатись на пацієнтах
Неможливість вибору лікаря
Інша негативна зміна (вказіть)
НІЧОГО НЕ ЗМІНІТЬСЯ

A20. А тепер поговорімо про ту частину реформи, яка стосується вибору сімейного лікаря та підписання з ним декларації. Скільки членів Вашого домогосподарства, окремо дорослих, включаючи Вас, та дітей, вже мають підписані декларації з сімейним лікарем?

_____ дорослих

_____ дітей

A21. Чи особисто Ви маєте таку підписану декларацію? Якщо ні, то чи робили Ви спробу її підписати?

Так

Ні, але намагався (-лась)

Ні, і не намагався (-лась)

A22. Керуючись якими міркуваннями Ви обирали / плануєте обирати свого сімейного лікаря? Можете обрати 2 варіанти відповіді. КАРТКА A22

Це обов'язково має бути лікар, який мене колись лікував і якому я довіряю

Це лікар, якого мені порадили (друзі, колеги тощо)

Це мій попередній дільничний лікар

Лікар має вести прийом територіально поблизу

Інше (вказіть)

Не планую обирати лікаря

A23. З якими проблемами Ви стикалися під час кампанії з вибору сімейного лікаря? Оберіть все, що Вам підходить. КАРТКА A23

Не хотіли приймати з посвідченням на тимчасове проживання

Не хотіли приймати через відсутність реєстрації

Великі черги

У нас немає з кого вибирати

Я не обирав лікаря — мені просто сказали дати паспорт і підписати декларацію

Мій лікар не зміг зареєструватися в базі

Технічні проблеми в медзакладі (відсутність комп'ютера, інтернету тощо)

Інші проблеми (вказіть)

Не було жодних проблем

A24. Чи є у Вас домовленість з Вашим сімейним лікарем або медсестрою, що в разі необхідності Ви можете запитати їхньої поради за телефоном, електронною поштою або за допомогою якогось іншого каналу зв'язку онлайн (наприклад, Вайбер, Скайп тощо)? ВІДМІТЬТЕ ВСЕ НАЗВАНЕ

Так, телефоном

Так, електронною поштою

Так, іншим каналом зв'язку (Вайбер, Скайп тощо)

Ні

A25. Міністерство охорони здоров'я планує запровадити систему електронної охорони здоров'я протягом найближчих років. Що було б для Вас як для пацієнта найважливішим у такому сервісі, який може надавати доступ до Вашої медичної картки в електронній формі? КАРТКА A25

Я зможу бачити всю свою історію хвороби та записи лікарів

Будь-який лікар, до якого я звертатимуся, зможе побачити необхідні записи

Конфіденційність, тобто збереження таємниці стану мого здоров'я

Можливість отримання результатів аналізів та діагностики онлайн

Можливість запису до лікаря через систему

Інше (вказіть)

ТАКИЙ СЕРВІС НЕ ПОТРІБЕН

A14. Трошки змінимо тему. Які, на Вашу думку, симптоми туберкульозу?

МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ. НЕ ЗАЧИТУЙТЕ ВАРІАНТИ, СПОНТАННА ВІДПОВІДЬ. ІНТЕРВ'ЮЄРЕ! НЕ ЗАРАХОВУЙТЕ НЕПОВНІ ВІДПОВІДІ НА ЗАПИТАННЯ (НАПРИКЛАД, ПРОСТО «КАШЕЛЬ») ЯК ПРАВИЛЬНІ.

Кашель, що триває понад три тижні

Біль у грудях

Виділення мокротиння або кровохаркання

Слабкість, знесиленість

Блідість

Задишка

Втрата ваги, виснаження

Відсутність апетиту

Озноб

Сонливість

Температура

Нічна пітливість

НЕПРАВИЛЬНА ВІДПОВІДЬ

A15. Які, на Вашу думку, симптоми інсульту?

МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ. НЕ ЗАЧИТУЙТЕ ВАРІАНТИ, СПОНТАННА ВІДПОВІДЬ

Раптове оніміння або втрата рухливості обличчя, руки або ноги, особливо на одній стороні тіла

Труднощі артикуляції або сприйняття мови, тексту, які з'явилися несподівано

Різке погіршення зору одного або обох очей

Раптове порушення координації рухів, хиткість ходи, запаморочення, втрата свідомості

Раптовий різкий і незрозумілий головний біль

НЕПРАВИЛЬНА ВІДПОВІДЬ

ЧАСТИНА В. ДОСВІД У ВИПАДКУ ПОГАНОВОГО САМОПОЧУТТЯ

РОЗДІЛ В1. Досвід у разі хвороби

Зараз я поставлю Вам кілька запитань про те, що Ви робите в разі хвороби. Нас цікавить Ваш особистий досвід, тобто досвід, коли саме Вам надавали допомогу, а не коли Ви, можливо, зверталися по допомогу для когось іншого. Також ці запитання не стосуються випадків, коли Ви могли звертатися за допомогою до медичного закладу для своїх дітей, онуків.

B1.1. За останні 12 місяців Ви проходили медичний огляд (планову перевірку):

- | Так | Ні |
|-----|---|
| 1 | У стоматолога? |
| 2 | ЗАПИТУВАТИ ЛИШЕ ЧОЛОВІКІВ: Уролога? |
| 3 | ЗАПИТУВАТИ ЛИШЕ ЖІНОК: Гінеколога? |
| 3а | ЗАПИТУВАТИ ЛИШЕ ЖІНОК, ЯКІ ВІДВІДУВАЛИ ГІНЕКОЛОГА: Огляд молочних залоз у гінеколога? |
| 4 | ЗАПИТУВАТИ ЛИШЕ ЖІНОК: Мазок на цитологічне дослідження? |
| 5 | ЗАПИТУВАТИ ЛИШЕ ЖІНОК: Мамографію? |
| 6 | Флюорографію? |
| 7 | Кардіограму з профілактичною метою? |

НОВІ ЗАПИТАННЯ ЛИШЕ ДЛЯ ЖІНОК ВІКОМ 21–65 РОКІВ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ:

ЯКЩО B1.1.4=2: B1.1.4A. Чому Ви не робили мазок на цитологічне дослідження?

- Не було потреби
- Не було часу
- Не змогла дістатися до мед. закладу, де роблять таке дослідження
- Не було коштів, щоб зробити таке дослідження
- Інше (вкажіть)

ЯКЩО B1.1.5=2: B1.1.7A. Чому Ви не робили мамографію?

- Не було потреби (наприклад, через вік менший ніж 45 років)
- Не було часу
- Не змогла дістатися до мед. закладу, де роблять таке дослідження
- Не було коштів, щоб зробити таке дослідження
- Інше (вкажіть)

ЯКЩО B1.1.4=2 АБО B1.1.5=2: B1.1.7Б. Чи знаєте Ви, що у Львівській області працюють міжрайонні спінінгові центри (у містах Львів, Дрогобич, Стрий, Самбір та Червоноград), де безкоштовно можна пройти гінекологічний огляд із взяттям цитологічного мазка, УЗД та мамографію молочних залоз?

Так	Ні
-----	----

B1.4. Як часто Ви вимірюєте артеріальний тиск? КАРТКА B1.4

- Щодня
- Щотижня
- Щомісяця
- Кілька разів на рік
- Рідше, ніж раз на рік
- Ніколи не вимірював (-ла)

В1.5. Який у Вас був тиск при останньому вимірюванні? _____ / _____ мм рт. ст.

В1.6. Як Ви вважаєте, Ваш тиск зазвичай:

Нормальний

Високий

Чи низький

В1.7. Чи говорив Вам коли-небудь лікар про те, що у Вас високий тиск?

Так

Ні

В1.8. Хто консультує Вас з питань лікування підвищеного тиску? КАРТКА В1.8. МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

Лікар загальної практики — сімейний лікар, дільничний терапевт

Вузкий спеціаліст (кардіолог, невропатолог, ендокринолог тощо)

Фармацевт, провізор в аптеці

Інший (ВКАЖІТЬ)

Ніхто

В1.11. Чи вживали Ви якихось заходів для зниження артеріального тиску протягом останніх трьох місяців? КАРТКА В1.11. МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

Приймаю ліки для зниження тиску

Намагаюсь уникати стресу ☐ В1.9

Дотримуюсь здорового харчування, контролюю вагу або намагаюсь схуднути ☐ В1.9

Підвищую фізичну активність ☐ В1.9

Намагаюсь припинити курити або зменшити кількість сигарет, які викурюю ☐ В1.9

Відмовляюсь від алкоголю або зменшую об'єм його вживання ☐ В1.9

Інше (ВКАЖІТЬ) ☐ В1.9

Не роблю нічого ☐ В1.9

В1.11а. Як часто Ви приймали ліки для зниження тиску протягом останнього місяця?

Жодного разу

Іноді (наприклад, коли у Вас був стрес або суттєве підвищення тиску)

Кожного дня, як рекомендовано лікарем ☐ В1.11в

Інший варіант (вказіть)

В1.11б. Чому Ви не приймали ліки для зниження тиску так, як це передбачено? КАРТКА В1.11б. МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

Не було доступу до ліків, надто далеко аптека / ліків не було в наявності

Занадто дорого

Через побічні ефекти

Забув (-ла)

Заплутався (-лась) в ліках

Інше (ВКАЖІТЬ)

В1.11в. Які фактори допомагають Вам дотримуватись курсу чи режиму лікування? КАРТКА В1.11в. МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

Підтримка родини, друзів
Нагадування на телефоні або будильник
Підтримка та мотивація працівників охорони здоров'я
Почуваюся краще, коли дотримуюся лікування
Інше (ВКАЖІТЬ)

B1.9. Чи вдалося вам досягти стабілізації тиску в межах 140/90?

Так Ні

Частково, приймаю ліки лише в разі суттєвого підвищення тиску 3 ВД...9

B1.12. Що Ви, як правило, робите в першу чергу, коли захворіли? Подумайте про ті хвороби, що заважали Вам працювати або займатися повсякденними справами у звичному режимі принаймні упродовж семи днів. КАРТКА B1.12. ОДНА ВІДПОВІДЬ.

Самостійно лікуєтеся народними засобами без ліків
Самостійно лікуєтеся за допомогою ліків
Просите поради у провізора / фармацевта в аптеці
Викликаєте швидку допомогу
Звертаєтесь до сімейного лікаря / дільничного терапевта
Звертаєтесь безпосередньо до вузького спеціаліста амбулаторії чи поліклініки
Звертаєтесь безпосередньо до спеціаліста стаціонару
Звертаєтесь до фахівців нетрадиційної медицини (гомеопати, цілителі)
Просите поради в лікарів, які є Вашими родичами, друзями, добрими знайомими
Шукаєте спосіб лікування схожих симптомів, хвороб в інтернеті
Вдаєтесь до якихось інших дій? Яких саме (вказіть)?_
Нічого не робите
ЗАЛЕЖИТЬ ВІД СИМПТОМІВ

B1.15. Пригадайте останній випадок Вашої будь-якої хвороби чи травми, яка заважала Вам працювати або займатися повсякденними справами у звичному режимі принаймні протягом семи днів і який трапився протягом останніх 12 місяців. Назвіть місяць та рік, коли це трапилося.

МІСЯЦЬ: _____ РІК: 201__

ТАКИХ ВИПАДКІВ НЕ БУЛО..... 0 ☐ ПЕРЕХОДЬТЕ ДО РОЗДІЛУ B2

B1.16. Чи зверталися Ви в разі Вашої останньої хвороби чи травми по медичну допомогу до лікаря, фельдшера?

Так Ні

B1.17. Чому Ви не звернулися до лікаря? Назвіть не більше трьох причин. КАРТКА B1.17

Занадто дорого (послуги, ліки, транспорт)
Не довіряю медичному персоналу, їхній кваліфікації
Погане ставлення персоналу, грубість, хамство
Великі черги в лікарнях
Немає транспортного сполучення
Знаю, як лікувати, з попереднього досвіду
Не знаю, до кого звернутися
Очікував, що хвороба пройде сама, не сильно турбувала

Інше (вказіть)

B1.18. Скільки Ви заплатили за ліки, які приймали під час лікування цього останнього випадку захворювання чи травми? _____ грн

РОЗДІЛ B2. Досвід отримання амбулаторної медичної допомоги

B2.1. Зараз поговоримо про амбулаторну медичну допомогу.

Не враховуйте: виклик швидкої допомоги, послуги стоматолога, медичні або професійний огляди, звернення по довідку або лікарняний, звернення до гомеопатів та народних цілителів, які не є лікарями, звернення по допомогу для дитини або іншого члена родини, а також серію проходження процедур, денний стаціонар тощо.

Отже, скільки разів Ви зверталися по амбулаторну медичну допомогу протягом останніх 12 місяців через проблеми зі здоров'ям?

_____ разів

ЯКЩО 0 РАЗІВ ☐ ПЕРЕХОДЬТЕ ДО B2.18 (СТОР. 12)

B2.2. Наступні кілька запитань стосуються Вашого останнього візиту до лікаря. Який Вам був встановлений діагноз? КАРТКА B2.2.

ЗАПИШІТЬ _____ КОД

ДІАГНОЗ НЕ БУВ ВСТАНОВЛЕНИЙ....0

B2.3. Це був лікар загальної практики (терапевт, сімейний лікар) чи «вузький» спеціаліст у конкретній галузі медицини? КАРТКА B2.3. ОДНА ВІДПОВІДЬ

Лікар загальної практики — сімейний лікар ☐ B2.5

Дільничний терапевт ☐ B2.5

Вузький спеціаліст (вказіть)

Ваш особистий лікар (за домовленістю) ☐ B2.5

B2.4. Чи мали Ви направлення до цього спеціаліста від сімейного / дільничного лікаря?

Так ☐ Ні ☐

B2.5. Де Вас приймав цей лікар? КАРТКА B2.5. ОДНА ВІДПОВІДЬ

Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП)

Амбулаторія сімейної медицини

Центр первинної медико-санітарної допомоги

Міська / Районна / Відомча поліклініка

Міська / Районна / Відомча лікарня

Приватна клініка / практика ☐ B2.7

Виклик лікаря додому

Інше (вказіть)

B2.6. Чи це був заклад і лікар, до якого Ви прикріплені?

Прикріплений до цього закладу і лікаря ☐ B2.8

Прикріплений до цього закладу, але обрав іншого лікаря

Не прикріплений до цього закладу

В2.7. Чому Ви обрали цього лікаря чи заклад? Вкажіть не більше трьох причин.
КАРТКА В2.7.

Лікар(і) доброзичливий(і)
Лікар(і) компетентний(і)
Плата за обслуговування доступна чи дешева
Час очікування короткий / У цьому закладі немає черг
Є необхідне обладнання
Зручне розташування
Потрібне було направлення, яке може видати цей лікар
Знайомий лікар / Порекомендували цього лікаря
Можливість для лікування широкого спектру захворювань
Це єдиний(а) лікар / установа охорони здоров'я, який/яка приймає мене без оплати
Це заклад, куди мене направила страхова компанія
Це приватний заклад охорони здоров'я, де якість медичної допомоги краща, ніж у найближчих державних закладах охорони здоров'я
Інше (вкажіть)

В2.8. Не враховуючи ліки, діагностичні та лабораторні дослідження, під час цього візиту лікування скільки Вам довелось ...

ЗАПИТАЙТЕ ПО КОЖНОМУ РЯДКУ ТАБЛИЦІ. ЯКЩО НЕ ПЛАТИВ, ЗАПИШІТЬ «0».

В2.9. ДЛЯ КОЖНОГО З ПУНКТИВ 1 і 3, НЕЗАЛЕЖНО ВІД ТОГО, ПЛАТИВ РЕСПОНДЕНТ ЧИ НІ, ЗАПИТАЙТЕ:

Від Вас якимось чином вимагали такої оплати чи принаймні натякали?

В2.8. Заплатили В2.9. Вимагали

Грн

1 Сплатити на рахунок благодійного фонду або іншої організації?
2 Сплатити в касі згідно із офіційними правилами або офіційними цінами медичного закладу? НЕ ВРАХОВУЙТЕ РЕГУЛЯРНИХ ПЛАТЕЖІВ ДО СПІЛЬНОЇ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ
3 Сплатити «в конверті» з рук у руки або подарувати подарунок лікарю чи іншому медичному персоналу? ЯКЩО ДАРУВАВ ПОДАРУНОК, ПОПРОСІТЬ ОЦІНИТИ ЙОГО ВАРТІСТЬ
4 Заплатити окремо за товари медичного призначення — рукавички, шприци, рентгенівську плівку чи інші витратні матеріали?

В2.10. Скільки найменувань ліків Вам призначив лікар під час останнього звернення?

_____ найменувань

ЯКЩО ЖОДНИХ (0) ☐ ПЕРЕХОДЬТЕ ДО В2.17ж

В2.11. Чи Вам виписали рецепт, без якого неможливо придбати ліки або отримати відшкодування?

Так Ні

В2.12. Ви придбали всі ліки, які були призначені?

Ні

Майже всі ☐ В2.14

Всі ☐ В2.14

В2.13. Чому Ви придбали не всі ліки? МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

Не мав коштів

Не вважав за потрібне купувати всі
Не було в аптеці, не знайшов
Інше (вказіть)

B2.14. Призначаючи ліки, чи пропонував лікар дешевшу й дорожчу опцію?

Так Ні

B2.15. Лікар призначав діючу речовину, а не назву препаратів?

Так Ні

B2.16. Скільки Ви сплатили за ці ліки? _____ грн

B2.17. Який відсоток вартості ліків Вам компенсувала / відшкодувала держава?
_____ %

B1.2. Тепер поговорімо про лише ті лікарські засоби, які включені в програму відшкодування «Доступні ліки». Чи мали Ви досвід отримання ліків за програмою «Доступні ліки»?

Так Ні

B2.17а. Чи запропонував Вам лікар скористатися програмою «Доступні ліки», тобто виписав рецепт?

Так Ні

Я сам наполіг З

B2.17б. Чи змогли Ви отримати ліки за програмою «Доступні ліки» в аптеці?

Так, всі

Так, частину

Взагалі ні

B2.17в. Ви отримали ці ліки безкоштовно чи з доплатою?

Безкоштовно

З доплатою

B2.17г. Чому Ви не отримали всі ліки за програмою «Доступні ліки»? КАРТКА B2.17г.
МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

Не було необхідних ліків у аптеці

Не зміг дістатися до аптеки, яка бере участь у програмі

У лікаря не було бланків відповідного рецепту

Лікар відмовив у наданні рецепту з іншої причини

В аптеці відмовили в наданні ліків

Інше (вказіть)

B1.3. Як Ви оцінюєте цю програму? КАРТКА B1.3

Дуже позитивно

Скоріше позитивно

Скоріше негативно

Дуже негативно

B2.17д. Чи вважаєте Ви, що необхідні Вам ліки стали доступними для Вас завдяки цій програмі?

Скоріше так

Скоріше ні

B2.17е. Чи вважаєте Ви, що програма «Доступні ліки» допомогла Вам покращити стан здоров'я, наприклад, нормалізувати тиск, цукор тощо?

Скоріше так

Скоріше ні

B2.17ж. Чи виникали у Вас протягом останніх 12 місяців проблеми в зв'язку з випискою рецептурних ліків у лікаря, і якщо так, то які це були проблеми? КАРТКА B2.17ж. МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

Лікар недостатньо пояснив, які ліки підходять для Вашого лікування, і чому саме ті ліки, які він виписав, найкраще Вам підходять

Лікар недостатньо пояснив, які побічні ефекти можуть викликати виписані ліки

Лікар не запитав, чи маєте Ви можливість сплатити за ліки необхідну суму

Лікар не поінформував про те, можна замінити виписані ліки якимось іншими чи ні

Інша проблема (вказіть)

Проблем не було

B2.18. ВІДПОВІДІ НА ЗАПИТАННЯ B2.18–B2.20 ЗАНОСЬТЕ ДО ТАБЛИЦІ НИЖЧЕ.

Протягом останніх 12 місяців чи проходили Ви яку-небудь діагностику або здавали аналізи?

Не враховуйте ті, які Ви могли мати під час госпіталізації, якщо така була.

B2.19. Ви здавали / проходили їх в державному (комунальному) чи приватному закладі?

B2.20. Скільки Ви заплатили за ці аналізи/діагностику?

B2.18. Проходили/Здавали — Так Ні

B2.19. В державному/ приватному закладі — Так Ні

B2.20. Заплатили _____

1 Аналізи

2 Діагностика

ІНТЕРВ'ЮЕРЕ! ПЕРЕВІРТЕ ВІДПОВІДІ НА ЗАПИТАННЯ B2.8, B2.16 ТА B2.20. ЯКЩО ВСІ НАЯВНІ ВІДПОВІДІ = 0 (РЕСПОНДЕНТ НЕ МАВ ЖОДНИХ ВИТРАТ) ☐ ПЕРЕХОДЬТЕ ДО B2.23

B2.21. Чи Вам і Вашій родині було складно знайти кошти для того, щоб покрити всі ці витрати (формальні і неформальні), пов'язані зі споживанням амбулаторної допомоги? КАРТКА B2.21

Зовсім не складно ☐ B2.23

Скоріше не складно ☐ B2.23

Скоріше складно

Дуже складно 4

B2.22. Скільки всього Ваше домогосподарство мало взяти чи позичити грошей у родичів, друзів, банку, за допомогою кредитної карти або продати коштовності, майно, щоб покрити ці витрати? _____ грн

B2.23. ЯКЩО РЕСПОНДЕНТ НЕ ЗВЕРТАВСЯ ПО АМБУЛАТОРНУ ДОПОМОГУ (B2.1 = 0, СТОР. 9) ☐ ПЕРЕХОДЬТЕ ДО B2.25

Скажіть, будь ласка, як Ви оцінюєте такі аспекти надання амбулаторної допомоги?

КАРТКА B2.23. ЗАЧИТАЙТЕ І ПОЗНАЧТЕ ВІДПОВІДЬ У КОЖНОМУ РЯДКУ ТАБЛИЦІ НИЖЧЕ.

B2.24. А тепер подивіться на картку B2.24. Тут перелічені всі ті аспекти, які я Вам щойно зачитав (-ла). Будь ласка, скажіть, які з цих аспектів найважливіші для Вас. Ви можете обрати до трьох відповідей.

КАРТКА B2.24. НЕ БІЛЬШЕ ТРЬОХ ВІДПОВІДЕЙ У СТОВПЧИКУ B2.24.

	Дуже добре	Добре	Нормально	Погано	Дуже погано	ВС	ВД
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

ЖОДЕН НЕ ВАЖЛИВИЙ

B2.25. Протягом останніх 12 місяців Вам доводилося через фінансові причини — відсутність коштів: НЕ ВРАХОВУЙТЕ СТОМАТОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ

Так	Ні
1	
2	
3	
4	

B2.26. За останні 12 місяців скільки разів Ви були хворі, але не відвідали лікаря взагалі через брак коштів? ____ разів

РОЗДІЛ В3. Досвід отримання стаціонарної медичної допомоги

В3.1. Скільки разів Ви були госпіталізовані протягом останніх 12 місяців, не враховуючи однократного стаціонару, госпіталізації з дитиною, але включаючи госпіталізацію, пов'язану з вагітністю та пологами? ____ разів

ЯКЩО 0 РАЗІВ ☐ ПЕРЕХОДЬТЕ ДО В3.26 (СТОР. 17)

В3.2. Ви сказали, що протягом останніх 12 місяців мали досвід госпіталізації. Скільки ночей усього за останній рік Ви провели в лікарні? ____ ночей

В3.3. Хто направив Вас на останню госпіталізацію:

Власне рішення

Швидка допомога

Лікар — вкажіть спеціальність?

Чи це була повторна планова / регулярна госпіталізація

Інше (вкажіть)

В3.4. Яким був Ваш діагноз в момент надходження у стаціонар? _____

В3.5. Куди Ви були госпіталізовані останнього разу? КАРТКА В3.5

Міська чи районна лікарня / пологовий будинок

Обласна лікарня / пологовий будинок

Республіканська клініка / лікарня / пологовий будинок

Відомча лікарня / пологовий будинок

Приватна клініка / пологовий будинок

Інше (вкажіть)

В3.6. Чому Ви обрали саме цей заклад? Вкажіть не більше трьох причин.

КАРТКА В3.6. НЕ БІЛЬШЕ ТРЬОХ ВАРІАНТІВ ВІДПОВІДІ

Направлення лікаря (не обираю); завжди там проходжу я чи члени моєї сім'ї стаціонарне лікування

Будівля / заклад в гарному стані

Там є необхідне обладнання

Розташування

Лікар завжди присутній

Медичний персонал доброзичливий

Ліки доступні

Плата за обслуговування доступна чи дешева

Час очікування госпіталізації короткий (наявність місць)

Медичний персонал компетентний

Це приватний заклад охорони здоров'я, де якість медичної допомоги краща, ніж у найближчих державних закладах охорони здоров'я

Швидка допомога сюди привезла

Направила страхова компанія

Знайомий лікар / Порекомендували цього лікаря

Інше (вкажіть)

В3.7. Скільки ночей тривала Ваша остання госпіталізація? ____ ночей

В3.8. Чи була ця госпіталізація: Так / Ні

1 Невідкладною (по швидкій)

2 Пов'язана з оперативним втручанням

- 3 Пов'язана з вагітністю (не враховуючи пологів)
4 Пов'язана з народженням дитини

В3.9. Скільки часу Вам довелося чекати в лікарні, перш ніж Вас оглянули лікарі стаціонару?
ЗАПИШІТЬ У ГОДИНАХ І ХВИЛИНАХ

_____ годин _____ хвилин

В3.10. Не враховуючи ліків, діагностичних та лабораторних досліджень, під час Вашої останньої госпіталізації скільки Вам (або Вашим рідним) довелось ...
ЗАПИТАЙТЕ ПО КОЖНОМУ РЯДКУ ТАБЛИЦІ. ЯКЩО НЕ ПЛАТИВ, ЗАПИШІТЬ «0».

В3.11. ДЛЯ КОЖНОГО З ПУНКТИВ 1 і 3, НЕЗАЛЕЖНО ВІД ТОГО, ПЛАТИВ РЕСПОНДЕНТ ЧИ НІ, ЗАПИТАЙТЕ:

Від Вас якимось чином вимагали такої оплати або принаймні натякали?

В3.10. Заплатили В3.11. Вимагали ____грн / Так Ні

1 Сплатити на рахунок благодійного фонду або іншої організації

2 Сплатити в касі згідно із офіційними правилами або офіційними цінами медичного закладу

3 Сплатити «в конверті» з рук у руки або подарувати подарунок лікарю чи іншому медичному персоналу?

ЯКЩО ДАРУВАВ ПОДАРУНОК, ПОПРОСІТЬ ОЦІНИТИ ЙОГО ВАРТІСТЬ

4 Заплатити окремо за товари медичного призначення — рукавички, шприци, рентгенівську плівку чи інші витратні матеріали?

ЯКЩО ВСІ ВІДПОВІДІ У В3.10 = 0 (ЖОДНИХ ВИТРАТ) □ ПЕРЕХОДЬТЕ ДО В3.13

В3.12. Чи передбачала ця оплата покращені умови перебування (наприклад, віп-палата)?
Так Ні

В3.13. ВІДПОВІДІ НА ЗАПИТАННЯ В3.13–В3.14 ЗАНОСЬТЕ У ТАБЛИЦЮ НИЖЧЕ.
Чи проходили Ви яку-небудь діагностику або здавали аналізи під час цієї госпіталізації?

В3.14. Скільки Ви заплатили за ці аналізи та / або діагностику?

В3.13. Проходили/Здавали В3.14. Заплатили

Так Ні

_____ грн

1 Аналізи

2 Діагностика

В3.15. Скільки найменувань ліків Вам призначали під час останньої госпіталізації (курсу лікування)? _____ найменувань

ЯКЩО ЖОДНИХ (0) □ ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ІНСТРУКЦІ ПЕРЕД В3.22.

В3.16. Скільки з них Вам видали безоплатно в лікарні? _____ найменувань

ЯКЩО ВСІ ЛІКИ ВИДАЛИ В ЛІКАРНІ БЕЗКОШТОВНО (В3.16=В3.15) □
ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ІНСТРУКЦІ ПЕРЕД В3.22

В3.17. Якщо Вам видали ліки в лікарні і треба було за них платити, то скільки Ви сплатили за ці ліки? _____ грн

В3.18. Чи Ви придбали всі ліки, які були призначені (окрім тих, які були видані в лікарні)?
Ні
Майже всі
Всі

В3.19. Чому Ви придбали не всі ліки? МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ
Не мав коштів
Не вважав за потрібне купувати всі
Не було в аптеці, не знайшов
Інше (вказіть)

В3.20. Скільки Ви сплатили за ліки, окрім тих, які Вам видали в лікарні? _____ грн

В3.21. Яку частку вартості ліків Вам компенсувала / відшкодувала держава? _____ %

ІНТЕРВ'ЮЕРЕ! ПЕРЕВІРТЕ ВІДПОВІДІ НА ЗАПИТАННЯ В3.10, В3.14 ТА В3.20. ЯКЩО ВСІ НАЯВНІ ВІДПОВІДІ = 0 (РЕСПОНДЕНТ НЕ МАВ ЖОДНИХ ВИТРАТ) □ ПЕРЕХОДЬТЕ ДО В3.24

В3.22. Наскільки Вам і Вашій родині було складно знайти кошти для того, щоб покрити всі витрати (формальні і неформальні), пов'язані з цим стаціонарним лікуванням: неможливо, складно чи нескладно?

	Неможливо	Складно	Нескладно	Не було витрат
1	На послуги лікаря, операцію?			
2	На ліки?			
3	На діагностику та лабораторні тести?			

В3.23. Скільки всього Ваше домогосподарство мало взяти чи позичити грошей у родичів, друзів, банку, за допомогою кредитної карти або продати коштовності, майно, щоб покрити ці витрати на стаціонарне лікування? _____ грн

В3.24. Скажіть, будь ласка, як Ви оцінюєте такі аспекти надання Вам стаціонарної допомоги:
КАРТКА В3.24. ЗАЧИТАЙТЕ І ПОЗНАЧТЕ ВІДПОВІДЬ У КОЖНОМУ РЯДКУ ТАБЛИЦІ НИЖЧЕ.

В3.25. А тепер подивіться на картку В3.25. Тут перелічені всі ті аспекти, які я Вам щойно зачитав (-ла). Будь ласка, скажіть, які з цих аспектів найважливіші для Вас? Можете обрати до трьох відповідей. КАРТКА В3.25. НЕ БІЛЬШЕ ТРЬОХ ВІДПОВІДЕЙ У СТОВПЧИКУ В3.25.

В3.24 В3.25

Дуже добре Добре Нормально Погано Дуже погано

1	Час оформлення в приймальному відділенні, в тому числі після доставки швидкою медичною допомогою
2	Санітарно-побутові умови, в яких надається медична допомога
3	Якість харчування
4	Доступність діагностичних та лабораторних обстежень
5	Забезпеченість ліками
6	Кваліфікація лікарів
7	Доброзичливість лікарів
8	Доброзичливість медичних сестер

- 9 Ефективність (результативність) лікування
- 10 Зрозуміла і прозора політика оплати за допомогу (в тому числі відсутність неформальних платежів)
- 11 А як Ви в цілому оцінюєте надання стаціонарної медичної допомоги?
- ЖОДЕН НЕ ВАЖЛИВИЙ**

V3.26. За останні 12 місяців скільки разів Ви були хворі й потребували стаціонарного лікування, але не були госпіталізовані взагалі через брак коштів? ____ разів

РОЗДІЛ В5. Вакцинація дітей

V5.1. Скільки у Вашому домогосподарстві дітей до 18 років? _____ дітей

ЯКЩО 0 □ ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЧАСТИНИ С (СТОР. 18).

V5.2. Ви володієте інформацією про стан їхнього здоров'я і медичну допомогу, яка їм надається?

Так Ні

V5.3. Загалом як Ви ставитеся до вакцинації? КАРТКА V5.3.

Дуже позитивно

Скоріше позитивно

Нейтрально

Скоріше негативно

Дуже негативно

V5.4. Чи відмовлялися Ви коли-небудь від обов'язкових щеплень для дитини?

СТОСУЄТЬСЯ УСІХ ДІТЕЙ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ДОМОГОСПОДАРСТВІ

Так

Ні

V5.5. Чому Ви відмовлялися від щеплення для дитини? Ви можете обрати до трьох відповідей.
КАРТКА V5.5.

Дитина була хвора

Я боялася ускладнень чи негативних наслідків від вакцинації

Вважаю, що вакцинація не потрібна

Я не довіряю виробникам вакцини

Я не довіряю процедурі перевезення та зберігання вакцин

Медичний працівник рекомендував не вакцинувати

Інше (вкажіть)

ЧАСТИНА С. САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я ТА СПОСІБ ЖИТТЯ

C1. Ви зараз курите тютюнові вироби (наприклад, сигарети) щодня, не кожного дня чи зовсім не курите?

Щодня

Не щодня

Зовсім не курю

C2. Скільки сигарет в середньому Ви викурюєте зараз за день? _____

C3. Впродовж останніх 12 місяців як часто Ви вживали алкогольні напої? КАРТКА C3.

Майже щодня
3–4 дні на тиждень
1–2 дні на тиждень
1–3 дні на місяць
Рідше, ніж раз на місяць, або ніколи

C4. Подумайте про Ваш один типовий день, коли Ви випиваєте. Який тип алкогольних напоїв — пиво чи слабоалкогольні напої, вина чи міцні напої (такі як горілка, коньяк або самогон) — Ви споживаєте найчастіше, і скільки Ви випиваєте протягом такого дня?

C4.1. Що п'ють? C4.2. Скільки мілілітрів?

- 1 Пиво _____ мл
- 2 Вино _____ мл
- 3 Горілка, міцні напої _____ мл

C5. Протягом останніх семи днів скільки кілограмів свіжих фруктів або ягід (яблук, груш, бананів, апельсинів тощо) Ви особисто спожили? _____ кг (1 кг = 1000 г)

C5b. Протягом останніх семи днів скільки кілограмів свіжих овочів (огірків, помідорів, капусти, моркви, але не включаючи картоплю) Ви особисто спожили? _____ кг (1 кг = 1000 г)

C6. Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою? КАРТКА C6.

- Дуже добре
Добре
Посереднє, не добре, але й не погане
Погане
Дуже погане

C7. Скільки кілограмів Ви важите? | _____ | кг

C8. А який Ваш зріст у сантиметрах? | _____ | см

C9. Скільки годин чи хвилин на тиждень Ви маєте фізичні навантаження хоча б середньої інтенсивності (враховуйте не лише цілеспрямовані заняття спортом, а й ходіння пішки, їзду на велосипеді, роботу в городі тощо) — так, щоб задихатися або спітніти?

_____ годин _____ хвилин

C11. Якою мірою Ви піклуєтеся про стан свого здоров'я? КАРТКА C11.

- Дуже добре
Скоріше добре
Посередньо
Скоріше погано
Зовсім не пікуюсь

C12. Чи маєте Ви якісь хронічні або довготривалі хвороби?

Так Ні

C18. Чи маєте Ви такі захворювання:

- Так Ні
- 1 Гіпертонічна хвороба (підвищений тиск)
 - 2 Цукровий діабет

C21. Коли Ви востаннє вимірювали рівень цукру (глюкози) в крові?

В останні 6 місяців
6–12 місяців тому
Більше 1 року тому
Ніколи

C22. Протягом останніх 12 місяців хто-небудь із членів Вашого домогосподарства здійснював або організовував догляд за особою чи особами, які не можуть самостійно про себе потурбуватися через довготривалу або невиліковну хворобу, тяжку травму чи немічність?

Так
Ні => C20
Це сам респондент => C22.2

C22.1. Якщо таких випадків було кілька, поговорімо про останній випадок. Скільки років (було) такій людині, яка потребувала догляду? _____ років

C22.2. Приблизно скільки годин на тиждень члени Вашого домогосподарства витрачають (витрачали) на догляд за такою особою, яка потребувала догляду (рахуйте закупки продуктів, прибирання, приготування їжі, прання, догляд, купівлю ліків, організацію медичної допомоги тощо)? _____ годин

C22.3. Якщо Вам доводилося винаймати доглядальницю та/або медсестру, то скільки гривень Ви сплачували за такі послуги в середньому за тиждень? _____ грн
Не доводилося винаймати

C22.4. Чи за останній рік Ваша сім'я користувалася послугами соціальних служб для надання послуг із прибирання, прання, закупівлі продуктів для такого немічного або важкохворого пацієнта, за яким Ви доглядали?
Так Ні

C22.5. Чи зверталися Ви по медичну допомогу для такої людини і якщо так, то куди саме?
КАРТКА C22.5. МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

До сімейного лікаря
На стаціонар
До невідкладної (швидкої) допомоги
Інше (вказіть)
Не зверталися

C22.6. Якщо ця особа потребувала використання сильнодіючих (наркотичних) знеболювальних засобів, то як Ви їх отримували? КАРТКА C22.6. МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

Отримали безкоштовно за рецептом в аптеці
Купили самостійно за рецептом в аптеці
Отримували через сімейного лікаря
В інший спосіб (вказіть)
Не отримували
Не потребували

C20. Як би Ви оцінили за шкалою від 1 до 5, де 1 означає «дуже погано», а 5 — «дуже добре», ту місцевість, де Ви мешкаєте, враховуючи такі характеристики, як наявність та стан спортивних і дитячих майданчиків, зелених зон, екологія та безпека?

Дуже добре 5
Добре 4
Ні добре, ні погано 3
Погано 2 ВС...98
Дуже погано 1 ВД...99

ЧАСТИНА D. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПРОФІЛЬ РЕСПОНДЕНТА

Тепер кілька запитань про Вас.

D3. Яка Ваша освіта? КАРТКА D3. ОДНА ВІДПОВІДЬ

Початкова або неповна середня загальна	Базова вища освіта (бакалавр)
Повна середня загальна	Повна вища освіта (спеціаліст, магістр)
Професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	Науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)
Неповна вища / Середня спеціальна освіта (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	

D4. Ваш основний рід занять? КАРТКА D4. ОДНА ВІДПОВІДЬ

Працюю (повний або неповний робочий день)
Самозайнятість
Працюючий пенсіонер
Тимчасово безробітний; шукаю роботу
Не працюю і не шукаю роботу (в т.ч. домогосподарка, відпустка з догляду за дитиною)
Студент(ка)
Непрацюючий пенсіонер
Непрацездатність (інвалідність)
Інше (вказіть)

D5. У Вас є зараз яка-небудь медична страховка? Тут не йдеться про обов'язкове соціальне страхування або страхування від нещасних випадків (наприклад, автомобільна страховка):

Так Ні

- 1 Приватна медична страховка прямо від страхувальника?
- 2 Приватна медична страховка через Вашого безпосереднього нинішнього або колишнього роботодавця?
- 3 Приватна медична страховка через нинішнього або колишнього роботодавця Вашого(ї) чоловіка(дружини)?
- 4 Який-небудь інший вид медичної страховки? (вказіть)

D6. Скільки всього осіб, дорослих і дітей (включаючи Вас), живе разом з Вами спільним домашнім господарством? _____ осіб

D7. На даний момент скільки осіб у Вашому домогосподарстві, включаючи Вас, мають хронічні захворювання чи серйозні проблеми зі здоров'ям? _____ осіб

D8. Подивіться, будь ласка, на картку і скажіть, яке із тверджень найточніше відповідає фінансовому становищу Вашої родини? КАРТКА D8. ОДНА ВІДПОВІДЬ

Нам не вистачає грошей навіть на їжу

Нам вистачає грошей на їжу, але купити одяг важко

У нас достатньо грошей на їжу й одяг, і ми можемо дещо відкладати, але цього не досить, щоб купувати дорогі речі (такі, як телевізор або холодильник)

Ми можемо дозволити собі купувати деякі дорогі речі (такі, як телевізор або холодильник), але не можемо робити суттєвих заощаджень

Ми можемо робити суттєві заощадження

D9. Скажіть, скільки становить чистий середній дохід Вашого домогосподарства за місяць (тобто дохід після сплати податків) — враховуючи всіх членів домогосподарства і всі джерела доходів — заробітну плату, соціальні виплати, пенсії, орендні платежі, гонорари тощо?

_____ грн

D10. Подивіться, будь ласка, на картку D10. Скажіть, яка з цих категорій відповідає чистому середньому доходу Вашого домогосподарства за місяць (тобто доходу після сплати податків) — враховуючи всіх членів домогосподарства і всі джерела доходів — заробітну плату, соціальні виплати, пенсії, орендні платежі, гонорари тощо? КАРТКА D10. ОДНА ВІДПОВІДЬ

Менше 1000 грн

Від 5001 до 6000 грн

Від 1001 до 1500 грн

Від 6001 до 7000 грн

Від 1501 до 2000 грн

Від 7001 до 8000 грн

Від 2001 до 2500 грн

Від 8001 до 9000 грн

Від 2501 до 3000 грн

Від 9001 до 10 000 грн

Від 3001 до 3500 грн

Понад 10 000 грн

Від 3501 до 4000 грн

Від 4001 до 4500 грн

Від 4501 до 5000 грн

D11. Яку суму приблизно Ваше домогосподарство витрачає за місяць на їжу і неалкогольні напої, які споживаються вдома?

_____ грн

D12. Враховуючи всі типи офіційних та неофіційних грошових платежів, а також негрошові подарунки, скільки всього Ви витратили (з власної кишені) за останні 30 днів на:

НЕ ВРАХОВУЙТЕ СТОМАТОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ

1. Візити до лікаря або іншого медперсоналу (амбулаторну допомогу), не включаючи оплату проїзду, транспортування швидкою допомогою та медикаменти?

2. Госпіталізації, не включаючи оплату проїзду, транспортування швидкою допомогою та медикаменти?

3. Ліки?

A4.1a. Як би Ви оцінили зміни в таких аспектах медичної допомоги загалом за останні 12 місяців? За останні 12 місяців, на Вашу думку, покращилась, погіршилась чи залишилась без змін якість медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем або дільничним терапевтом чи педіатром (тобто в амбулаторії загальної практики-сімейної медицини або центрі первинної медико-санітарної допомоги)?

Покращилась => A5.1a

Погіршилася => A5.1a-

BC...98 => A4.1b

Залишилася без змін => A4.1b

ВД...99 => A4.1b

D14.1. Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця?

Так

Ні

D14.2. Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або приносили Вам задоволення, упродовж останнього місяця?

Так

Ні

ІНТЕРВ'ЮЕР: ЯКЩО НА ЖОДНЕ ІЗ ЗАПИТАНЬ D14.1 ТА D14.2 НЕМАЄ ВІДПОВІДІ «ТАК», ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЗАПИТАННЯ D15

D14.3. Чи зверталися Ви з цими скаргами до якогось медичного працівника?

Так

Ні

D15. Чи Ви є вимушеним переселенцем з Криму або тимчасово окупованих / прифронтових територій на Донбасі?

Так

Ні

Дякую за те, що погодились відповісти на запитання цієї анкети!

ЗАПИТАННЯ ДО ІНТЕРВ'ЮЕРА:

I 1. ДАТА ПРОВЕДЕННЯ ОПИТУВАННЯ: ЧИСЛО _____

МІСЯЦЬ:

ЧЕРВЕНЬ.....6

ЛИПЕНЬ.....7

I 2. ЯКОЮ МОВОЮ ПРОВОДИЛОСЯ ОПИТУВАННЯ?

Українською 1

Російською 2

Іншою (ЗАПИШІТЬ)

I 3. В ЯКОМУ РЕГІОНІ ПРОХОДИЛО ІНТЕРВ'Ю: