

# ІНДЕКС ЗДОРОВ'Я УКРАЇНА - 2020

РЕЗУЛЬТАТИ  
ЗАГАЛЬНОНАЦІОНАЛЬНОГО  
ДОСЛІДЖЕННЯ



КИЇВ, 2021

## УЧАСНИКИ ПРОЄКТУ



МІЖНАРОДНИЙ  
ФОНД  
ВІДРОДЖЕННЯ

Міжнародний фонд  
«Відродження»

[www.irf.ua](http://www.irf.ua)



Київський міжнародний  
інститут соціології

[www.kiis.com.ua](http://www.kiis.com.ua)



Школа охорони здоров'я  
НаУКМА

[sph.ukma.edu.ua](http://sph.ukma.edu.ua)



СПІЛЬНИЙ ЗІ СВІТОВИМ БАНКОМ ПРОЄКТ МОЗ УКРАЇНИ  
ПОЛІПШЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
НА СЛУЖБІ У ЛЮДЕЙ

Спільний зі Світовим банком  
проєкт МОЗ України  
«Поліпшення охорони здоров'я  
на службі у людей»



ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО  
ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ

Центр громадського здоров'я  
МОЗ України

<https://www.phc.org.ua>

## НАУКОВА РАДА ПРОЄКТУ

**Професор  
ВІМ ГРООТ**

Маастрихтський університет, Нідерланди

**Доктор  
МІЛЕНА ПАВЛОВА**

Маастрихтський університет, Нідерланди

**Доктор  
ЕРІКА РІЧАРДСОН**

Європейська обсерваторія із систем і політики охорони здоров'я

**ІРИНА ПОСТОЛОВСЬКА**

Школа громадського здоров'я Гарвардського університету

**ОЛЕГ ПЕТРЕНКО**

Колишній Голова Національної служби здоров'я України

Звіт дослідження в електронній формі доступний на сайті [health-index.com.ua](http://health-index.com.ua)

## УДК

Цей звіт ґрунтується на результатах п'ятої хвилі соціологічного дослідження «Індекс здоров'я. Україна», організованого та проведеного Міжнародним фондом «Відродження», дані зібрано Київським міжнародним інститутом соціології у співпраці з Центром «Соціальні індикатори» протягом серпня–жовтня 2020 року. Для порівняння використані дані попередніх хвиль опитування, проведених у 2016–2019 рр. Звіт підготовлений авторським колективом дослідників. У ньому представлені результати загальнонаціонального репрезентативного соціологічного опитування про стан здоров'я людей, поведінку, пов'язану з ним, та звернення по медичну допомогу в Україні. Звіт розрахований на широке коло читачів.

### Укладачі:

Зараз в алфавітному порядку

Захожа В., Сахно Ю., Степурко Т., Харченко Н.

### Рецензенти:

### Рекомендоване посилання на звіт:

Індекс здоров'я. Україна–2020: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2021.

# ЗМІСТ

ВСТУПНЕ СЛОВО .....	6
ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	7
<b>РОЗДІЛ 1.</b> <b>ОЦІНЮВАННЯ ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я ТА РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ</b> <b>ЗАХВОРЮВАНЬ .....</b>	<b>10</b>
1.1. Самооцінювання стану здоров'я.....	11
1.2. Індекс маси тіла (ІМТ).....	12
1.3. Знання симптомів інсульту.....	14
1.4. Медичний огляд – раннє виявлення хвороб.....	16
1.5. Щеплення.....	20
1.6. Поведінка в разі хвороби.....	23
1.7. Бар'єри в користуванні медичною допомогою .....	28
<b>РОЗДІЛ 2.</b> <b>АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА .....</b>	<b>32</b>
2.1. Звернення по амбулаторну допомогу .....	33
2.2. Вибір надавача медичної допомоги .....	35
2.3. Витрати «з кишені» на амбулаторну допомогу.....	36
2.4. Проходження лабораторних і діагностичних обстежень.....	39
2.5. Фінансовий тягар .....	41
2.6. Оцінювання аспектів амбулаторної допомоги.....	42
<b>РОЗДІЛ 3.</b> <b>СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА.....</b>	<b>44</b>
3.1. Звернення по стаціонарну допомогу.....	45
3.2. Вибір надавача стаціонарної допомоги.....	47
3.3. Витрати «з кишені» на стаціонарне лікування .....	48
3.4. Лабораторні та діагностичні дослідження під час госпіталізації.....	51
3.5. Фінансовий тягар .....	53
3.6. Оцінювання аспектів стаціонарної допомоги.....	54

<b>РОЗДІЛ 4.</b>	
<b>ДОСТУПНІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ .....</b>	<b>56</b>
4.1. Досвід і ставлення до програми «Доступні ліки» .....	58
4.2. Споживання лікарських засобів без призначення лікаря .....	63
4.3. Споживання ліків під час амбулаторного лікування .....	65
4.4. Споживання ліків під час стаціонарного лікування .....	71
4.5. Сумарні витрати на лікарські засоби .....	74
<b>РОЗДІЛ 5.</b>	
<b>ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ</b>	
<b>ТА СПРИЙНЯТТЯ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....</b>	<b>78</b>
5.1. Задоволеність медичною допомогою .....	79
5.2. Сприйняття змін у наданні послуг з охорони здоров'я .....	85
5.3. Сприйняття проблем у системі охорони здоров'я та відповідальність за поліпшення функціонування системи.....	90
<b>РОЗДІЛ 6.</b>	
<b>ВІЛ, ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ГЕПАТИТ С .....</b>	<b>94</b>
6.1. Знання про ВІЛ/СНІД, його симптоми та шляхи передавання.....	97
6.2. Діагностика ВІЛ.....	100
6.3. Сприйняття та уявлення щодо ВІЛ.....	104
6.4. Знання про туберкульоз, його симптоми та шляхи передавання.....	108
6.5. Діагностика туберкульозу.....	112
6.6. Сприйняття та уявлення щодо туберкульозу.....	116
6.7. Знання про гепатит С, його симптоми та шляхи передавання.....	120
6.8. Діагностика гепатиту С.....	123
6.9. Сприйняття та уявлення про гепатит С.....	127

## **ВСТУП**

У 2020 році ініціатори та автори дослідження «Індекс здоров'я. Україна» відзначили його п'яту річницю. Протягом цих років навколо дослідження згуртувалося потужне коло міжнародних партнерів України, що підтримують її на шляху демократичних реформ. Саме на ці роки, 2016-2020, припали найбільш масштабні та значущі зміни у галузі охорони здоров'я нашої країни із часу здобуття нею незалежності. В рамках трансформації медичної системи відбулися фундаментальні зміни у механізмах її функціонування, зокрема фінансових. Тепер пацієнт має право вільно обирати лікаря і лікувальний заклад, а держава фінансує реально надану медичну послугу. Разом із тим, безпрецедентна пандемія коронавірусної інфекції, з якою світ стикнувся у 2020 році, поставила не лише нові складні перешкоди перед реалізацією медичної реформи, а й нові виклики перед українською медичною системою загалом.

Результати дослідження «Індекс здоров'я. Україна» – це унікальні дані, що допомагають нам зрозуміти, як вищезгадані умови вплинули на ставлення, досвід і поведінку користувачів медичної допомоги та тих, хто нею не користується. Крім того, вони фіксують рівень задоволеності споживачів медичних послуг – зокрема в динаміці років та географічному розмаїтті регіонів. Ці дані вже використовуються для обґрунтування прийняття рішень Національною службою здоров'я України, Центром громадського здоров'я, Міністерством охорони здоров'я України, а також національними експертами, науковцями, представниками громадянського суспільства та нашими міжнародними партнерами. Окрім того, дані дослідження «Індекс здоров'я. Україна» виступають стимулом до проведення подальших досліджень з окремих тем, зокрема на рівні областей.

Зберігатимуть свою актуальність дані дослідження і надалі. Їхня оцінка, безумовно, сприятиме кращому плануванню розвитку української системи охорони здоров'я в майбутньому – як на національному, так і на обласному рівнях. Врахування даних дослідження сприятиме ухваленню обґрунтованих стратегічних рішень усіма сторонами, які беруть участь у формуванні політик у сфері охорони здоров'я. Дослідження буде корисним у роботі державних службовців, управлінців медичної сфери, громадських активістів та усіх, хто зацікавлений у трансформації системи охорони здоров'я України в інтересах її громадян.

**Вікторія Тимошевська**  
**Директор Програми «Громадське здоров'я»**  
**Міжнародного фонду «Відродження»**

## ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ

«Індекс здоров'я. Україна» – це серія опитувань із вивчення задоволеності медичною допомогою, ставлення до реформи системи охорони здоров'я, здорової поведінки, досвіду звернень і витрат на медичну допомогу в Україні. Перше дослідження із серії було проведене завдяки ініціативі та фінансовій підтримці Міжнародного фонду «Відродження» у 2016 р., воно передбачало реалізацію масштабного опитування населення України, репрезентативного для країни в цілому та для кожного регіону (всі області й місто Київ). Протягом 2016–2020 рр. загалом проведено п'ять хвиль дослідження, збір даних для яких здійснював Київський міжнародний інститут соціології (КМІС) у співпраці з Центром «Соціальні індикатори». Загальна вибірка кожного року становила понад 10 000 осіб (приблизно 400 осіб у кожному регіоні).

Метою дослідження є вивчення ставлення людей до медичної допомоги, задоволеності нею та дотичних до здоров'я аспектів, зокрема:

- самооцінювання власного здоров'я дорослим населенням України та досвід пацієнтів у разі захворювання;
- бар'єри під час звернення по амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу, з якими стикається населення;
- доступність лікарських засобів;
- задоволеність медичною допомогою та бачення функціонування системи охорони здоров'я;
- певні профілактичні заходи, до яких вдаються в Україні.

Дослідження «Індекс здоров'я. Україна» має кілька характеристик, які вирізняють його з-поміж низки інших досліджень, присвячених вивченню питань, пов'язаних зі споживанням медичної допомоги.

По-перше, 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-друге, це особливість **вибірки, яка є репрезентативною для кожної області**. Вибірка дослідження побудована в такий спосіб, що дає змогу аналізувати зібрані дані з питань, релевантних для всіх опитаних, не лише на рівні України в цілому, а й на рівні кожного окремого регіону (області, міста Києва).

По-третє, дослідження є **лонгітюдним (повторюваним)** із використанням ідентичної методології й інструментарію, що дає можливість відстежувати зміни у ставленні й досвіді в часі. Інакше кажучи, маємо можливість спостерігати динаміку поведінки щодо здоров'я та інших досліджуваних процесів протягом 2016–2020 рр.

У процесі підготовки методології дослідження ми послуговувалися досвідом Європейського індексу споживачів охорони здоров'я<sup>1</sup>, 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 дослідження<sup>2</sup>.

---

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

## Методологія дослідження

Польовий етап п'ятої хвилі дослідження тривав з 17 серпня по 6 жовтня 2020 р. і був проведений із затримкою через карантинні обмеження, запроваджені у зв'язку з пандемією COVID-19 (попередні хвилі зазвичай проводились упродовж травня–липня). Зважаючи на епідеміологічну ситуацію, інтерв'юери перед виїздом до місця проведення інтерв'ю були забезпечені захисними масками та дезінфікувальними засобами, а для кожного респондента був передбачений порційний дезінфікувальний засіб.

### *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 дільниць на території обраних населених пунктів з переліку всіх виборчих дільниць, представленого Центральною виборчою комісією України. На території кожної з відібраних дільниць навмання відбирались вулиці, будинки та квартири. Останнім етапом був відбір респондента в межах домогосподарства й безпосереднє проведення опитування. Отримані дані зіставлялись із оцінними даними Державної служби статистики щодо питомої ваги окремих статево-вікових груп у структурі населення України (станом на 1 січня 2020 р.).

Загалом було опитано 10 229 респондентів. 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. У 2020 р. рівень досяжності респондентів (response rate) становив 44,2%.

Одиницею вибірки є представник домогосподарства (а не пацієнт), адже опитування саме в домогосподарствах дає можливість виявити ключові перепони для доступу до медичної допомоги чи пошук альтернативних способів лікування, в тому числі серед тих, хто не звертається по медичну допомогу. До того ж для реформування галузі вкрай важливо зважати на думку широкого кола осіб, а не лише пацієнтів із суттєвим досвідом звернень (тобто тих, хто вже розуміється на тому, як подолати наявні бар'єри). Отже, дослідження дає змогу вивчати ставлення й досвід і тих, хто з різних причин не звертається по медичну допомогу.

Опитувальник дослідження 2020 року був доповнений новим розділом щодо ВІЛ, туберкульозу та гепатиту С (дані цього розділу не мають бази для порівняння з попередніми роками). Цей звіт містить результати лише щодо тих запитань, які були включені до опитувальника 2020 року.

### *Метод збору даних та інструмент дослідження*

Опитування представників домогосподарств проводились за допомогою індивідуального особистого інтерв'ю.

Залежно від особистого досвіду респондентам ставили запитання, 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; досвіду звернення по амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу, а також оцінювання власного здоров'я. В опитувальнику здебільшого використано закриті запитання.

У польових дослідженнях проекту взяли участь 263 інтерв'юери. Інтерв'ю проводилися за місцем проживання респондентів українською або російською мовою, за вибором респондента.

2020 рік увійде в історію світовою пандемією COVID-19. Обмежувальні карантинні заходи, вжиті владою, та інформаційний супровід епідеміологічної ситуації могли вплинути як на поведінку населення, пов'язану зі здоров'ям (наприклад, звернення до медичного працівника за найменшого нездужання чи профілактичні візити до лікаря), так і на функціонування самих цих закладів (наприклад, скасування неекстрених госпіталізацій). Варто зважати на це під час інтерпретації результатів дослідження.

### *Демографічні характеристики опитаних*

Поділ респондентів дослідження за ключовими демографічними характеристиками відповідає даним офіційної статистики<sup>2</sup>. Серед загальної кількості опитаних жінки становили 54,8%, чоловіки –

<sup>2</sup> Державна служба статистики України: <http://www.ukrstat.gov.ua/>



45,2% (*табл. 1*). Особи віком 60 років і старші становлять 29,2%.

Третина (30,2%) респондентів мешкали в селах, решта (69,8%) — у містах і селищах міського типу. Ці цифри збігаються із соціально-демографічними характеристиками вибірок попередніх хвиль опитування 2016–2019 років.

Близько половини опитаних (53,1%) працюють, із них 5,2% – самозайняті та 2,0% – працюючі пенсіонери. Категорію непрацюючого населення (разом це майже інша половина) становлять пенсіонери (27,8%), безробітні (6,0%), домогосподарки й інші непрацюючі, які не шукають роботу (8,5%), студенти (2,7%) та непрацездатні особи (1,6%).

Середній розмір домогосподарств, які представляли респонденти, становив 2,7 особи.

### Таблиця 1

Поділ респондентів за ключовими демографічними характеристиками ( $N = 10\,229$ )

		Опитані в «Індексі здоров'я» (зважені дані)		Національні показники (статистичні)	
		N	%	N	%
Вікові групи	18–29 років	1 621	16,2	5 546,1	16,2
	30–44 роки	2 923	29,2	10 001,4	29,2
	45–59 років	2 535	25,4	8 673,2	25,4
	60 та старші	2 916	29,2	9 978,2	29,2
Стать опитаних	жінки	5 476	54,8	18 735,7	54,8
	чоловіки	4 519	45,2	15 463,2	45,2
Тип місцевості	міська <sup>3</sup>	6 980	69,8	23 883,9	69,8
	сільська	3 015	30,2	10 314,9	30,2
Освіта	початкова / неповна середня	248	2,5	—	—
	повна середня загальна	1 828	18,3	—	—
	професійно-технічна	2 014	20,2	—	—
	середня спеціальна / неповна вища	2 979	29,8	—	—
	базова вища	645	6,5	—	—
	повна вища	2 265	22,8	—	—
Середній розмір домогосподарства		9 995	2,7	—	2,584

<sup>3</sup> До міських населених пунктів належать міста й селища міського типу.

<sup>4</sup> Статистичний збірник «Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2020 році» (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств). Державна служба статистики України. — Режим доступу до ресурсу: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2020/zb/07/zb\\_cdhd\\_20.pdf](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/07/zb_cdhd_20.pdf)

# РОЗДІЛ 1.

## ОЦІНЮВАННЯ ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я ТА РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ

### Основні результати:

- більше половини (54,3%) дорослих жителів України оцінюють власне здоров'я як добре, причому 9,4% вважають своє здоров'я дуже добрим. Близько третини (36,1%) назвали своє здоров'я посереднім, а 9,6% – поганим або дуже поганим;
- половина дорослих в Україні (54,8%) має зайву вагу. Середнє значення індексу маси тіла (ІМТ) у 2020 році в Україні становить 26 (належить до категорії надлишкової ваги за класифікацією ВООЗ) і не змінюється впродовж усіх п'яти років дослідження;
- середня кількість основних симптомів інсульту, яку може назвати дорослий житель України, у 2020 р. становить два з п'яти, і найвищий рівень обізнаності демонструють жителі Чернігівської області;
- показники охоплення населення основними профілактичними оглядами в цілому за останній рік або не змінилися, як це відбувається у випадку з кількістю звернень для проходження флюорографії (57,3% у 2019 і 2020 рр.), або зменшилися, що спостерігається щодо звернень для проходження кардіограми (із 44,4% у 2019 р. до 40,9% у 2020 р.) або відвідування стоматолога з метою огляду (із 41,0% у 2019 р. до 38,0% у 2020 р.). Найпоширенішою формою профілактичних оглядів з-поміж запропонованого переліку залишається флюорографія, про що повідомила більш ніж половина дорослого населення;
- майже половина опитаних жінок (48,6%) відвідували гінеколога з профілактичною метою впродовж останніх 12 місяців, 34,8% опитаних жінок здавали мазок на цитологічне дослідження і 20,3% робили мамографічне обстеження. За всіма цими показниками результати цього річного опитування показують певне зниження порівняно з 2019 р. Чоловіки звертаються до уролога з метою профілактики майже удвічі рідше (21,3%), аніж жінки до гінеколога, і цей показник теж дещо зменшився порівняно з результатами 2019 р. (23,7%);
- позитивне ставлення до вакцинації висловлюють 75,9% респондентів, які мають у своєму домогосподарстві дітей віком до 18 років і володіють інформацією про стан їхнього здоров'я. У 2020 році дослідження зафіксувало припинення зростання позитивного ставлення до вакцинації, яке спостерігалось в 2019 році, разом зі зростанням групи з нейтральним ставленням. При цьому частка противників вакцинації практично не змінилася. У середньому рівень підтримки вакцинації зріс із 3,8 бала з 5 у 2016 році до 3,9 бала у 2017 та 2018 роках, 4,1 бала в 2019 році й 4,0 бала у 2020 р.;
- самолікування залишається найпоширенішою практикою поведінки населення в разі хвороби, до нього вдається майже половина (46,8%) опитаних дорослих (32,7% вживають медикаменти, ще 14,1% лікуються за допомогою народних засобів). Однак спостерігається поступове зростання частки тих, хто в разі захворювання звертається по допомогу до медичного працівника (з 29,0% у 2017 р. до 33,8% у 2018 р., 37,4% у 2019 р. та 41,2% у 2020 р.) за рахунок збільшення звернень до сімейного лікаря;
- основною причиною, чому населення України не звертається по фахову медичну допомогу в разі хвороби, було те, що в більшості випадків вони мали знайомі симптоми хвороб, які вже раніше доводилося лікувати (48,4%). Ця причина «незвернення» до лікаря залишається найбільш згадуваною протягом усього періоду спостереження, але її питома вага за останні п'ять років суттєво скоротилась: на знайомі симптоми й досвід попереднього лікування у 2016 р. вказали 57,5%, у 2017 р. – 55,5%, у 2018 р. – 54,8%, у 2019 р. – 47,7%, а у 2020 р. – 48,4% опитаних.

Заклики до переорієнтації політики держави у сфері охорони здоров'я з лікування хвороб на запобігання їм лунають в Україні вже давно, адже відомо, що лікування зазвичай є дорожчим, аніж профілактика, як для особи, так і для держави. Так, дослідження частоти звернень населення до медичних працівників з метою профілактичного огляду, а також

своєчасного звернення в разі нездужання замість самостійного лікування за допомогою фармакології або народних методів, може використовуватись як індикатор реалізації такої політики. Вивчення ж бар'єрів на шляху до медичної допомоги дає змогу вчасно реагувати на прогалини в системі й розробляти пом'якшувальні стратегії для найвразливіших категорій населення. Не менш важливою є пропаганда підтримки вакцинації серед населення як одного з найефективніших способів запобігання найбільш небезпечним хворобам.

Іншим напрямом постійної роботи системи громадського здоров'я є навчально-просвітницька діяльність, спрямована на якнайширше інформування населення про важливість здорової поведінки для забезпечення максимальної якості й тривалості життя кожного та про чинники, які формують таку поведінку.

## 1.1. Самооцінювання стану здоров'я

За даними опитування 2020 р., більшість дорослих жителів України (54,2%) називають власне здоров'я «загалом добрим», причому 9,4% оцінюють його як «дуже добре». Негативну оцінку власному здоров'ю дали 9,6% опитаних (при цьому 1,3% назвали своє здоров'я «дуже поганим»). Решта 36,1% вважають своє здоров'я «не добрим і не поганим», тобто посереднім (табл. 1.1).

Лідерами за кількістю позитивних оцінок власному здоров'ю з боку мешканців є Луганська область (71,6%) і м. Київ (63,6%). Навпаки, найбільше негативних оцінок дали своєму здоров'ю жителі Кіровоградської (16,7%) та Київської (16,6%) областей.

**Таблиця 1.1**

Поділ опитаних за самооцінюванням стану здоров'я за регіонами, %

Регіон	N	Дуже погане	Погане	Посереднє	Добре	Дуже добре
<b>Україна</b>	<b>10158</b>	<b>1,3</b>	<b>8,3</b>	<b>36,1</b>	<b>44,8</b>	<b>9,4</b>
Вінницька	407	2,0	11,9	35,1	42,6	8,5
Волинська	415	0,4	8,2	39,2	45,7	6,4
Дніпропетровська	407	0,6	5,8	33,7	53,7	6,2
Донецька	407	1,4	11,8	47,2	37,4	2,1
Житомирська	407	2,3	12,2	29,5	46,4	9,7
Закарпатська	408	0,4	5,6	33,2	49,2	11,7
Запорізька	402	1,1	9,6	48,3	34,3	6,6
Івано-Франківська	411	1,1	5,6	41,8	43,2	8,3
Київська	407	3,0	13,7	36,0	44,4	3,0
Кіровоградська	409	2,9	13,8	35,4	41,6	6,4
Луганська	405	0,2	2,4	26,0	53,6	17,8
Львівська	409	0,6	7,1	33,2	54,7	4,4
Миколаївська	379	0,4	6,1	41,7	44,9	6,9
Одеська	416	1,3	6,7	32,2	52,8	7,0
Полтавська	414	1,2	7,3	32,6	51,3	7,6
Рівненська	408	1,0	9,3	32,5	45,3	11,9
Сумська	404	0,8	6,8	52,1	35,6	4,8
Тернопільська	407	2,7	7,5	36,0	37,5	16,3
Харківська	411	1,9	9,7	25,7	41,9	20,9
Херсонська	408	1,6	11,0	39,0	34,5	14,0
Хмельницька	406	1,8	9,8	34,2	38,2	16,1
Черкаська	403	0,7	9,7	44,0	37,8	7,7
Чернівецька	401	0,7	6,6	37,3	47,8	7,5
Чернігівська	401	2,7	9,0	36,3	44,8	7,3
м. Київ	406	1,2	4,5	30,8	45,2	18,4

Більш оптимістично оцінюють своє здоров'я чоловіки в Україні: серед них 63,2% вважають своє здоров'я хорошим (порівняно з 46,9% серед жінок). Натомість жінки частіше дають посередні (41,3% проти 29,9% серед чоловіків) або негативні (11,8% проти 6,9% серед чоловіків) оцінки своєму здоров'ю.

Частка осіб, котрі вважають своє здоров'я «скоріше хорошим», скорочується з віком: у віковій групі 18–29 років такі оцінки обрали 85,5% опитаних; 30–44 роки – 75,6%; 45–59 років – 49,3%; 60 років і старші – 19,6%. З іншого боку, так само явно з віком зростає відсоток осіб з поганим здоров'ям: 1,9% у групі віком 18–29 років; 2,7% у групі 30–44 роки; 7,5% у групі 45–59 років; 22,7% у групі 60 років і старші.

Жителі міст трохи частіше обирають позитивні оцінки своєму здоров'ю порівняно з мешканцями сіл: 55,8% городян обрали позитивні оцінки і 8,8% негативні проти 50,6% позитивних і 11,4% негативних оцінок з боку селян.

Упродовж років моніторингу ми спостерігаємо незначне поступове зростання відсотка тих, хто називає власне здоров'я «добрим» або «дуже добрим». У 2016 р. таких було 44,4%, у 2017 р. – 46,6%, у 2018 р. – 48,4%, у 2019 р. – 50,0%, у 2020 р. – 54,3%. Середнє значення самооцінки, виміряної за п'ятибальною шкалою, також поступово зростає: у 2016 р. воно становило 3,34 бала, у 2017 р. – 3,37, у 2018 р. – 3,41, у 2019 р. – 3,46, у 2020 р. – 3,53 бала.

У розрізі областей зберігаються сталі розбіжності між мінімальним і максимальним значеннями показника позитивної самооцінки, хоча за останній рік обидва ці значення зросли. У 2020 р. найменшою ця група є в Донецькій області (39,6% порівняно з 33,7% у Запорізькій області у 2019 р.); найбільшою – у Луганській (71,4% при 65,6% у цій же області у 2019 р.). Протягом кількох років ієрархія областей у цьому питанні мало змінюється. Так, Запорізька область щоразу за останні три роки посідала місце серед трійки областей з найнижчим показником позитивних самооцінок, а Луганська вдруге поспіль цей рейтинг очолює. Загалом за останній рік для жодної з областей не відбулося значущої зміни частки громадян, які позитивно оцінили власне здоров'я.

Тенденції в оцінюванні власного здоров'я в групах за статтю й віком за роки обстеження не змінюються.

## 1.2. Індекс маси тіла (ІМТ)

Надмірна вага підвищує ризики серцево-судинних захворювань, діабету та раку<sup>5</sup>. Однак надійнішим орієнтиром у визначенні такого ризику є не власне маса людини, а індекс маси тіла (ІМТ), що обчислюється як відношення маси людини (в кілограмах) до квадрата її зросту (в метрах). Відповідно до класифікації ВООЗ<sup>6</sup>, вага вважається недостатньою, якщо значення ІМТ менше за 18,5, нормальною – в межах 18,5–24,9, надлишковою – зі значеннями 25–29,9 та вказує на наявність ожиріння, якщо становить 30 і більше.

Розрахунки ІМТ ґрунтуються на інформації про зріст і вагу, повідомлених респондентами дослідження (в опитуванні 2020 р. її надали 88,1% опитаних). Відповідно до цих розрахунків, 19,1% дорослих в Україні мають ожиріння, 35,6% мають надлишкову вагу, 42,9% – нормальну і 2,3% – недостатню. Загалом на зайву вагу вказують відповіді понад половини (54,8%) респондентів (рис. 1.1, табл. 1.2).

Станом на 2020 р. найбільший відсоток населення із зайвою вагою характерний для Черкаської області (64,7%). Окрім неї, ще в чотирьох областях цей показник перевищує 60%: Миколаївській (61,7%), Закарпатській (60,7%), Запорізькій (60,6%) і Донецькій (60,4%). З іншого боку, найменше їх у Волинській (46,2%) та Харківській (46,8%) областях.

Середнє значення ІМТ становить 26, тобто належить до категорії надлишкової ваги. Найнижче значення зафіксоване у Харківській та Вінницькій областях (25,6), а найвище – в Черкаській (27,0). Це означає, що в Україні немає жодної області, де середнє значення показника було б у межах нормальної ваги.

<sup>5</sup> <https://moz.gov.ua/article/health/scho-treba-znati-pro-vagu>

<sup>6</sup> <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

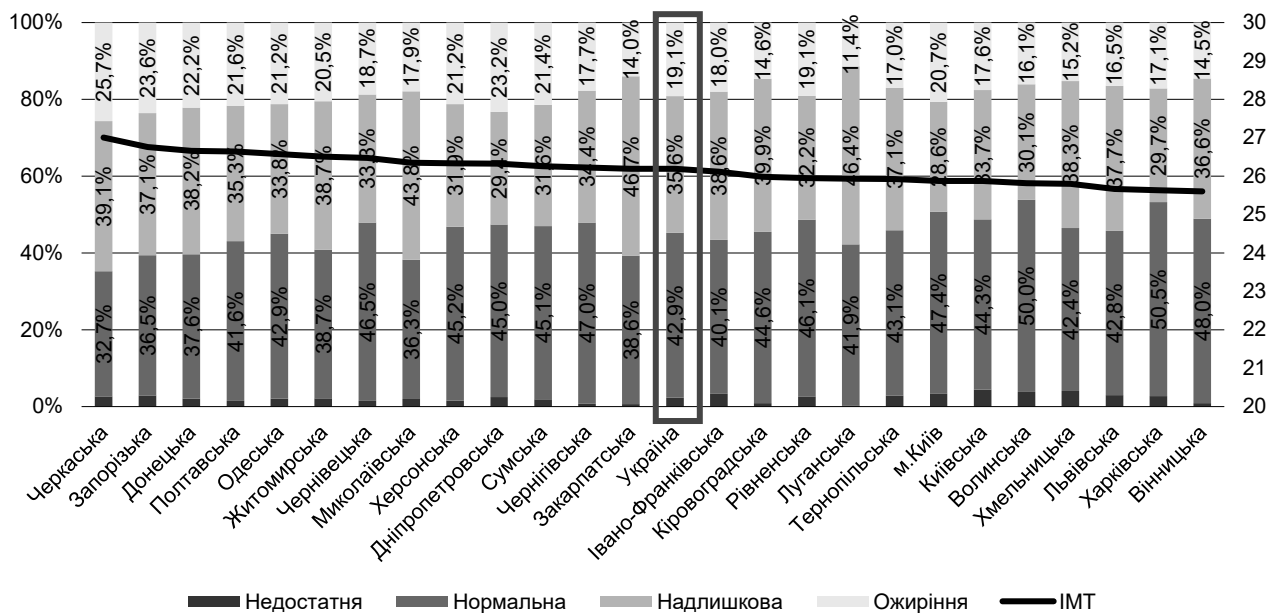


Рис. 1.1. Поділ опитаних за категоріями індексу маси тіла за регіонами (N = 8945)

Таблиця 1.2

Поділ опитаних за категоріями індексу маси тіла за регіонами, %

Регіон	N	Недостатня вага	Нормальна вага	Надлишкова вага	Ожиріння	ІМТ
<b>Україна</b>	<b>8 945</b>	<b>2,3</b>	<b>42,9</b>	<b>35,6</b>	<b>19,1</b>	<b>26,2</b>
Вінницька	380	0,9	48,0	36,6	14,5	25,6
Волинська	395	3,9	50,0	30,1	16,1	25,8
Дніпропетровська	351	2,4	45,0	29,4	23,2	26,3
Донецька	382	2,1	37,6	38,2	22,2	26,7
Житомирська	395	2,1	38,7	38,7	20,5	26,5
Закарпатська	393	0,7	38,6	46,7	14,0	26,2
Запорізька	373	2,9	36,5	37,1	23,6	26,8
Івано-Франківська	364	3,3	40,1	38,6	18,0	26,1
Київська	385	4,4	44,3	33,7	17,6	25,9
Кіровоградська	292	0,9	44,6	39,9	14,6	26,0
Луганська	315	0,3	41,9	46,4	11,4	25,9
Львівська	347	3,0	42,8	37,7	16,5	25,7
Миколаївська	332	1,9	36,3	43,8	17,9	26,4
Одеська	384	2,1	42,9	33,8	21,2	26,6
Полтавська	369	1,4	41,6	35,3	21,6	26,6
Рівненська	397	2,6	46,1	32,2	19,1	26,0
Сумська	285	1,9	45,1	31,6	21,4	26,3
Тернопільська	395	2,8	43,1	37,1	17,0	25,9
Харківська	348	2,7	50,5	29,7	17,1	25,6
Херсонська	374	1,6	45,2	31,9	21,2	26,3
Хмельницька	301	4,1	42,4	38,3	15,2	25,8
Черкаська	367	2,6	32,7	39,1	25,7	27,0
Чернівецька	364	1,4	46,5	33,3	18,7	26,5
Чернігівська	290	0,9	47,0	34,4	17,7	26,2
м. Київ	367	3,3	47,4	28,6	20,7	25,9

Жінки мають дещо вищий ІМТ порівняно з чоловіками (26,3 проти 25,9), однак для обох цих груп значення індексу також виходить за межі нормальної ваги. Єдиною соціально-демографічною групою, для якої середнє значення ІМТ – в межах нормальної ваги, є група наймолодших респондентів (23,2 для тих, кому 18–29 років); для всіх інших вікових груп значення ІМТ поступово зростає – від 25,0 для 30–44-літніх до 28,0 для тих, кому 60 або більше років.

Очевидно, середній показник ІМТ на рівні країни не може відчутно змінюватися за короткий період, відтак його сталість упродовж кількох років дослідження непрямо підтверджує високу якість даних. У дослідженні «Індекс здоров'я. Україна» протягом усіх п'яти років його реалізації ми спостерігаємо практично незмінне значення ІМТ – приблизно 26. Також за всі роки спостережень не відзначалося областей, де середнє значення було б у межах нормальної ваги, відповідно до класифікації ВООЗ.

### 1.3. Знання симптомів інсульту

Знання симптомів інсульту вважається одним із основних чинників громадського здоров'я, оскільки сприяє ранній діагностиці та своєчасній медичній допомозі, що є критично важливим для мінімізації наслідків інсульту для здоров'я та якості подальшого життя.

У дослідженні «Індекс здоров'я. Україна» показник обізнаності про симптоми інсульту вимірюється через спонтанну відповідь респондента (без підказки), де кожен може назвати необмежену кількість симптомів, інтерв'юер при цьому відмічає названі дотичні симптоми або неправильну відповідь.

Отже, у 2020 р. 15,5% опитаних не змогли назвати жодного симптому інсульту, а ще 4,9% дали хибні відповіді.

Три основні симптоми інсульту, кожен з яких спонтанно назвали понад 40% респондентів, такі: раптове оніміння чи втрата рухливості обличчя, руки чи ноги, особливо на одній стороні тіла (54,5%); труднощі артикуляції чи сприйняття мови, тексту, які з'явилися несподівано (46,4%); раптове порушення координації рухів, хиткість ходи, запаморочення, непритомність (41,3%) (табл. 1.3).

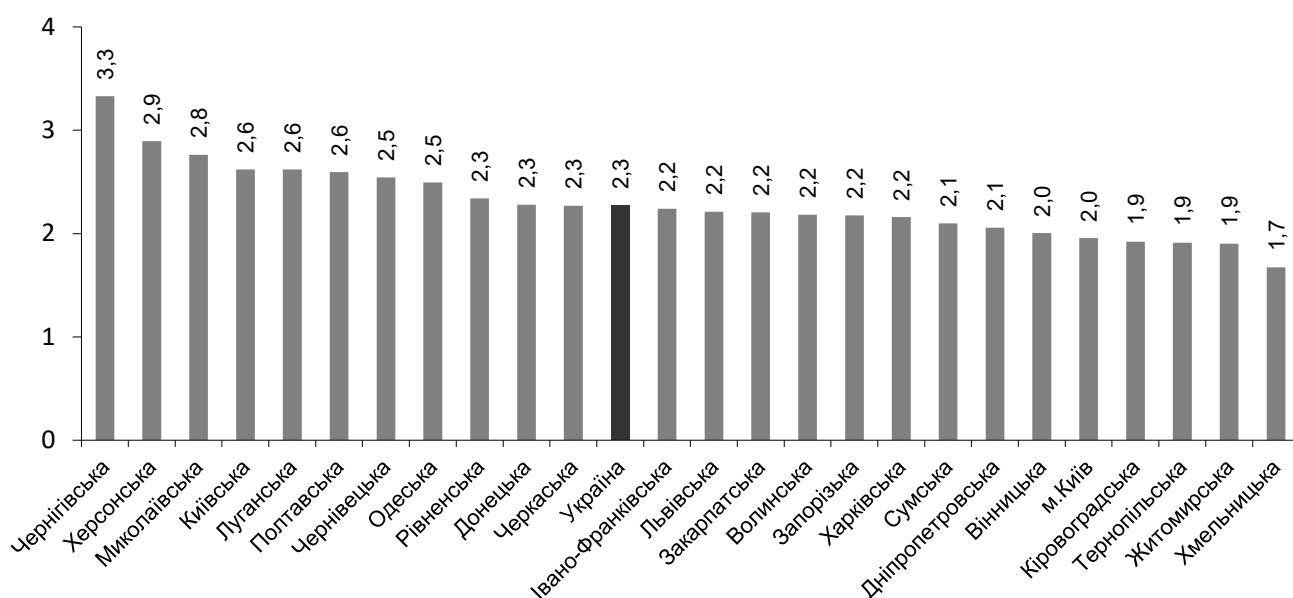
**Таблиця 1.3**

Поділ опитаних за спонтанно названими симптомами інсульту за регіонами (можливість назвати кілька варіантів), %

Регіон	N	Раптове оніміння або втрата рухливості обличчя, руки чи ноги, особливо на одній стороні тіла	Труднощі артикуляції чи сприйняття мови, тексту, які з'явилися несподівано	Раптове порушення координації рухів, хиткість ходи, запаморочення, непритомність	Раптовий різкий і незрозумілий головний біль	Різка погіршення зору одного або обох очей
<b>Україна</b>	<b>10 229</b>	<b>54,5</b>	<b>46,4</b>	<b>41,3</b>	<b>22,5</b>	<b>17,3</b>
Вінницька	408	51,6	43,9	35,6	20,9	10,9
Волинська	415	57,9	52,1	51,8	20,3	17,4
Дніпропетровська	408	51,3	44,8	53,0	12,2	8,1
Донецька	408	49,8	46,2	50,4	21,1	24,0
Житомирська	408	38,3	38,6	28,2	18,4	14,0
Закарпатська	408	31,7	33,6	30,4	24,6	15,8
Запорізька	404	54,2	49,6	32,8	16,7	19,7
Івано-Франківська	411	66,0	38,4	37,2	19,3	12,8
Київська	408	72,6	58,6	62,6	25,1	14,7
Кіровоградська	410	48,3	29,7	44,6	13,3	6,6

Регіон	N	Раптове оніміння або втрата рухливості обличчя, руки чи ноги, особливо на одній стороні тіла	Труднощі артикуляції чи сприйняття мови, тексту, які з'явилися несподівано	Раптове порушення координації рухів, хиткість ходи, запаморочення, непритомність	Раптовий різкий і незрозумілий головний біль	Різне погіршення зору одного або обох очей
Луганська	408	67,5	30,1	24,8	53,6	13,7
Львівська	409	61,1	52,7	36,5	24,3	16,2
Миколаївська	408	67,2	58,3	51,4	15,5	8,9
Одеська	419	59,5	50,1	51,2	33,4	29,1
Полтавська	414	52,8	50,3	48,6	24,5	26,1
Рівненська	409	56,2	49,5	43,3	19,8	21,7
Сумська	407	50,3	53,5	26,5	19,9	36,2
Тернопільська	408	39,2	25,9	25,7	23,2	6,3
Харківська	411	64,7	59,8	38,4	16,1	13,0
Херсонська	408	70,1	51,9	57,0	52,7	24,7
Хмельницька	407	39,3	42,0	40,4	13,3	17,6
Черкаська	410	49,7	38,4	37,4	17,7	6,0
Чернівецька	407	52,1	40,7	46,5	24,4	18,3
Чернігівська	408	47,6	49,4	43,1	40,2	36,1
м. Київ	408	46,9	49,3	25,5	7,2	15,8

Середня кількість симптомів, яку може назвати дорослий житель України, у 2020 р. становить 2,3, що збігається зі значенням, зафіксованим торік. Як і раніше, найвищий рівень обізнаності (назвали в середньому 3,3 симптоми) продемонстрували жителі Чернігівської області (рис. 1.2).



**Рис. 1.2.** Середня кількість правильно названих симптомів інсульту: поділ за регіонами (N = 8211)

Частка опитаних, які правильно назвали хоча б один симптом інсульту, становить 94,9%, і цей показник залишається приблизно на одному рівні впродовж років проведення дослідження. З іншого боку, хоча частка тих, хто спромігся без підказки назвати всі п'ять симптомів, значиться лише на рівні 5,5%, однак вона зростає: у 2016 р. їх було 1,4%, у 2017 р. – 2,1%, у 2018 р. – 3,0%, у 2019 р. – 4,0%.

#### **1.4. Медичний огляд – раннє виявлення хвороб**

В Україні медичні огляди є обов'язковими лише для певних категорій населення, але кожний має усвідомлювати необхідність проходити профілактичні медичні огляди з метою піклування про своє здоров'я та здоров'я навколишніх, а також з метою профілактики поширення небезпечних захворювань.

Щоб оцінити рівень охоплення дорослого населення профілактичними оглядами, респондентам ставилося запитання про проходження ними семи видів медичних оглядів (планової перевірки) впродовж 12 місяців, що передували опитуванню. Частина цих оглядів релевантна для всіх опитаних (флюорографія, кардіограма й огляд у стоматолога), решта пов'язана з профілактикою захворювань, що стосуються репродуктивного здоров'я, а відтак окремі запитання ставилися тільки жінкам (щодо огляду в гінеколога, мазка на цитологічне дослідження й мамографії) або тільки чоловікам (огляд в уролога).

Найпоширенішою формою профілактичних оглядів з-поміж запропонованого у 2020 р. переліку є флюорографія, про що повідомили 57,3% опитаних. Це закономірно, бо існують певні категорії населення, для яких проведення профілактичних рентгенівських обстежень є обов'язковим (наприклад, особи призовного віку, породіллі, працівники окремих професій тощо). Для загального ж населення профілактичні рентгенівські обстеження, починаючи з 18 років, рекомендовано здійснювати з періодичністю один раз на два роки.

Електрокардіографія залишається одним з основних інструментальних методів обстеження хворих у загальній лікарській практиці й основних способів діагностики захворювань серцево-судинної системи. Електрокардіограму (ЕКГ) у 2020 р. робили 40,9% дорослих.

Регулярні профілактичні (контрольні) огляди для діагностики стану зубів і здоров'я ротової порожнини, що дають змогу виявити проблеми на початку їх виникнення й уникнути серйозних захворювань, зазвичай рекомендують робити кожні шість місяців. Було з'ясовано, що більшість нехтує цими порадами, оскільки профілактичні огляди в стоматолога за останній рік проходили 38,0% респондентів.

Зважаючи на пандемію COVID-19 можна було б очікувати зростання уваги населення до свого здоров'я і зростання проведення профілактичних заходів, але цього не сталося, принаймні станом на літо 2020 р. За результатами опитування показники охоплення населення основними профілактичними оглядами в цілому або не змінилися, як це відбувається у випадку з часткою респондентів, які робили флюорографію (57,3% у 2019 і 2020 рр.), або зменшилися, що спостерігається щодо відсотка респондентів, які робили кардіограму (із 44,4% у 2019 р. до 40,9% у 2020 р.) чи відвідували стоматолога з метою огляду (із 41,0% у 2019 р. до 38,0% у 2020 р.).

Результати опитування засвідчили найнижчий відсоток проходження різних форм профілактичних оглядів у Кіровоградській та Закарпатській областях, які вже чотири роки поспіль займають найнижчі позиції. Серед повнолітніх жителів Кіровоградщини лише 18,7% робили флюорографію та 15,5% робили кардіограму за останній рік. Найвищі показники проходження флюорографії й кардіограми в Луганській, Херсонській, Житомирській, Дніпропетровській, Полтавській, Чернігівській, Тернопільській, Хмельницькій областях (**табл. 1.4**).



**Таблиця 1.4**

Поділ опитаних, які мали досвід проходження певних видів медичного огляду з профілактичною метою протягом останніх 12 місяців, за регіонами, %

Регіон	За останні 12 місяців проходили медичний огляд чи робили дослідження, %									
	флюорографію				кардіограму				огляд стоматолога	
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	2019	2020
Україна	56,0	55,0	57,3	57,3	44,0	42,2	44,4	40,9”	41,0	38,0”
Вінницька	55,7	48,4	56,6	58,8	44,7	43,9	57,2	48,6”	47,9	39,0”
Волинська	14,1	31,0	44,6	39,5	17,8	31,7	42,9	36,4	39,6	33,1
Дніпропетровська	72,7	56,6	76,4	71,3	55,5	38,5	56,0	53,3	50,9	51,8
Донецька	48,8	62,8	62,0	50,4”	41,7	50,0	47,0	36,4”	37,0	29,0”
Житомирська	61,6	68,0	75,3	71,5	42,9	59,6	52,1	50,6	29,4	47,2“
Закарпатська	45,9	39,6	35,7	28,2”	36,1	37,9	27,4	26,0	22,7	22,6
Запорізька	48,3	61,3	63,8	58,9	40,3	45,9	43,8	44,5	30,9	31,1
Івано-Франківська	65,1	55,5	54,9	53,0	54,9	51,1	50,9	40,6”	51,7	49,3
Київська	59,9	47,1	46,7	56,2“	54,1	44,7	44,0	43,5	34,6	51,7“
Кіровоградська	17,5	19,1	14,9	18,7	19,9	21,1	14,3	15,5	7,7	11,0
Луганська	69,6	79,7	68,5	88,1“	52,7	48,2	51,2	54,4	41,7	23,0”
Львівська	49,8	43,5	52,2	35,3”	48,6	39,5	47,2	28,9”	43,8	39,8
Миколаївська	70,0	72,3	50,8	60,4“	51,4	45,1	29,1	34,3	18,9	22,6
Одеська	50,3	48,6	42,4	47,4	41,4	32,2	38,0	34,7	39,2	33,9
Полтавська	64,4	70,5	66,9	68,9	42,9	65,3	47,3	54,3“	52,8	54,3
Рівненська	57,4	52,9	42,4	42,6	53,6	49,4	41,9	40,0	46,9	40,9
Сумська	69,3	62,0	49,3	53,6	38,7	52,2	32,7	25,7”	45,9	36,7”
Тернопільська	66,8	51,4	60,5	62,2	62,5	42,8	48,3	50,6	44,4	46,6
Харківська	57,9	67,3	62,7	71,7“	27,1	34,1	27,9	35,6“	38,0	39,1
Херсонська	72,7	75,6	79,7	78,2	48,3	49,6	54,1	52,2	31,2	31,2
Хмельницька	47,3	38,1	55,3	60,6	38,5	27,5	49,3	51,2	51,9	48,2
Черкаська	66,2	58,4	61,6	55,4	59,6	36,9	53,4	42,3”	47,1	40,5
Чернівецька	72,3	67,2	55,3	50,2	55,5	49,5	48,3	45,1	48,8	39,5”
Чернігівська	77,4	75,2	68,8	68,2	58,9	60,1	53,9	53,2	45,3	45,8
м. Київ	35,0	19,9	48,0	54,8	28,1	20,3	39,1	31,9”	52,2	39,6”

Багато гінекологічних захворювань ніяк не проявляються і за відсутності лікування, можуть призвести до серйозних і небезпечних ускладнень, тому відвідування гінеколога рекомендують робити принаймні щорічно. Цю рекомендацію ігнорує значна частина українських жінок, бо тільки половина з опитаних (48,6%) відвідували гінеколога з профілактичною метою впродовж останніх 12 місяців, 34,8% – здавали мазок на цитологічне дослідження і 20,3% робили мамографічне обстеження. За всіма цими показниками результати цього річного опитування показують певне зниження, хоча й залишаються дещо вищими, ніж ті, що були отримані у 2017–2019 рр.

Через особисті бар'єри багато чоловіків зволікають із візитом до уролога і звертаються тільки тоді, коли вже є гострі проблеми зі здоров'ям, хоча регулярне відвідування фахівця хоча б один раз на рік для профілактичних оглядів допомогло б уникнути проблем і надовго зберегти чоловіче здоров'я. Опитування показало, що чоловіки звертаються до уролога майже вдвічі рідше (21,3%), аніж жінки до гінеколога, і цей показник дещо вищий порівняно з 2018 р. (20,5%), але нижчий порівняно із результатами 2019 р. (23,7%).

Частіше до гінеколога й уролога звертаються в Житомирській, Дніпропетровській, Луганській і Херсонській областях (**табл. 1.5**). Суттєво збільшилась частка жінок, які обстежувались у гінеколога, тільки в одній області – Київській, а значне зменшення

цього показника спостерігається в Донецькій, Житомирській, Закарпатській, Львівській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій областях і в м. Києві.

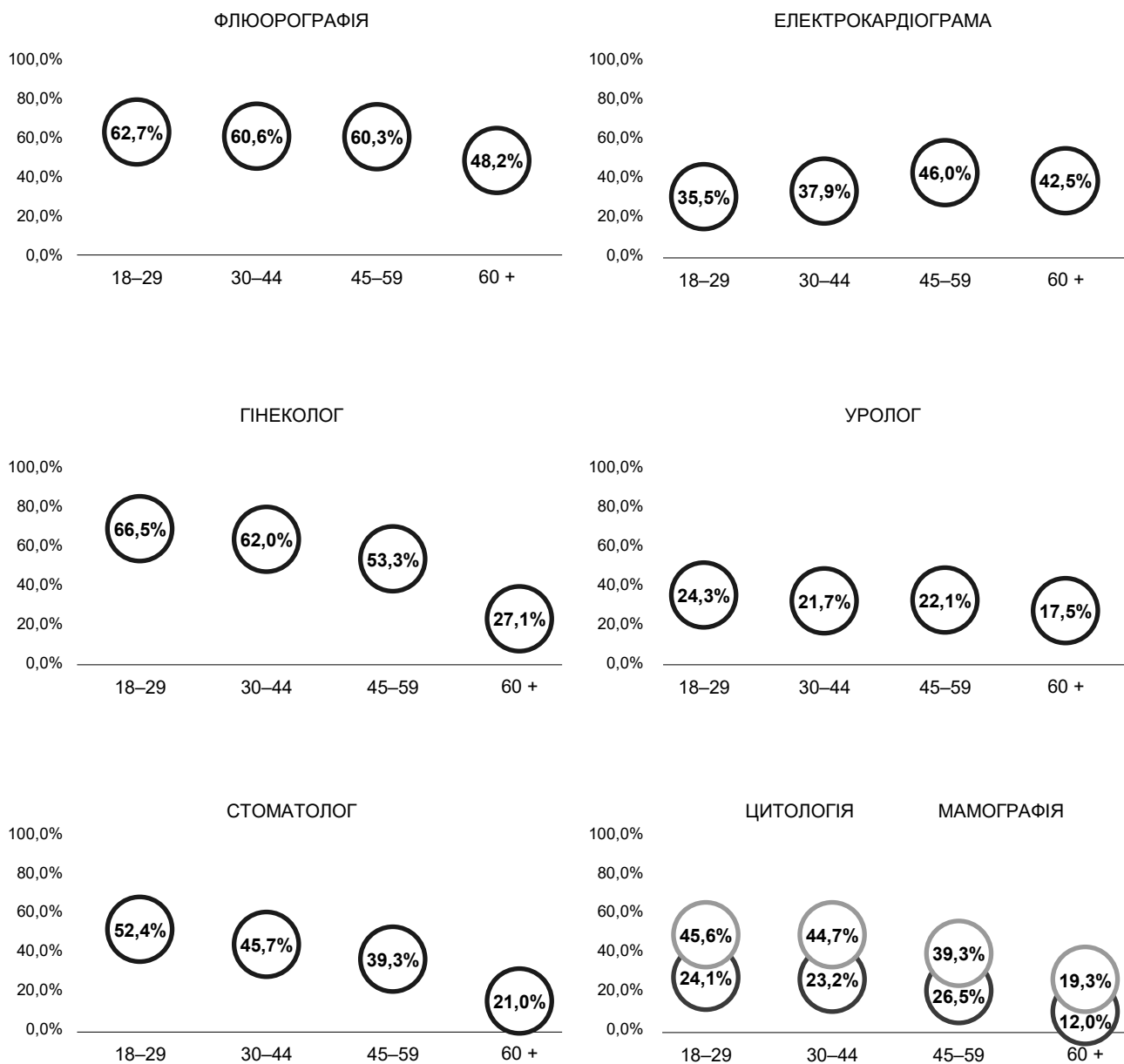
Кіровоградська область залишається на останньому місці за часткою населення, охопленого оглядами цих фахівців, оскільки до гінеколога протягом року звернулися лише 20,4% дорослих жінок, мазок на цитологічне дослідження робили 14,7%, мамографію – 12,9%, а огляд уролога пройшли 13,0% дорослих чоловіків. Хоча варто зазначити позитивні зміни в цій сфері, оскільки частка тих, хто звертався до будь-якого з фахівців (окрім гінеколога), у Кіровоградській області за рік помітно зростає.

**Таблиця 1.5**

Поділ опитаних відповідної статі, які проходили медичний огляд в уролога / гінеколога впродовж року, за регіонами й роками обстеження, %

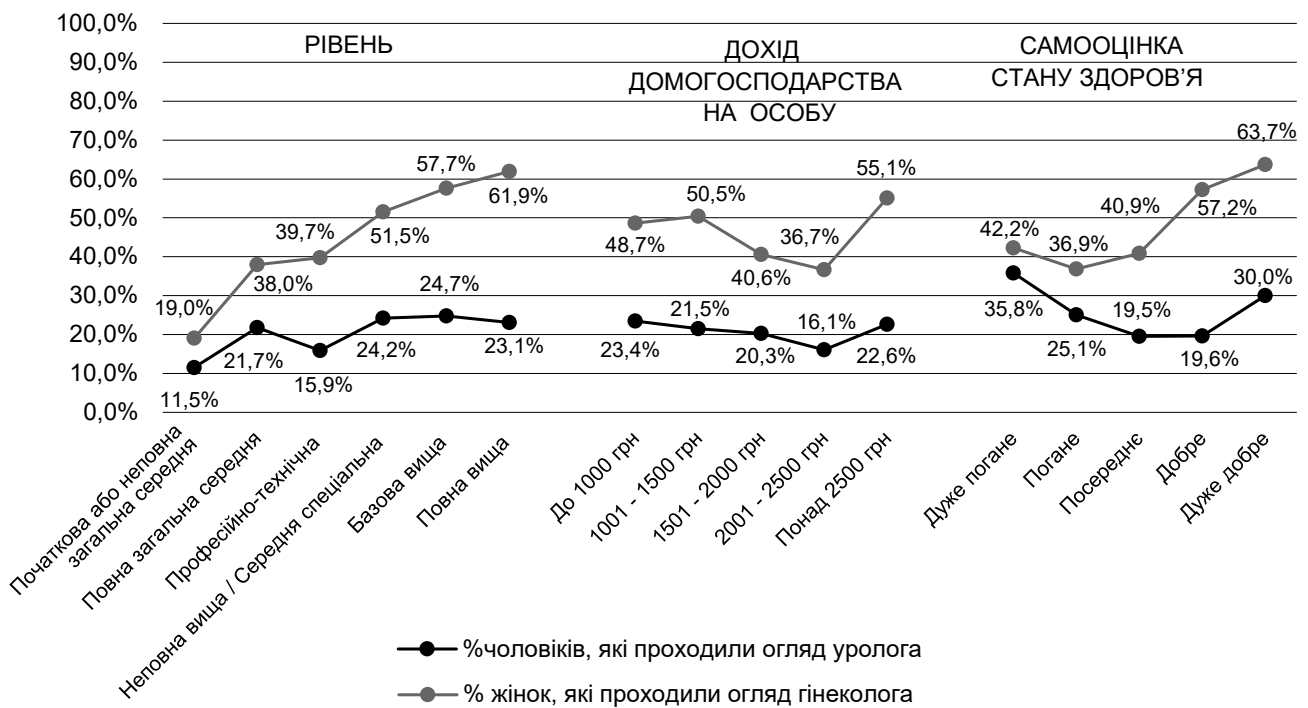
Регіон	За останні 12 місяців проходили медичний огляд або робили дослідження											
	в уролога			у гінеколога			мазок на цитологічне дослідження			мамографію		
	чоловіки			жінки			жінки			жінки		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Україна	20,5	23,7	21,3”	46,7	52,0	48,6”	33,8	40,0	34,8”	18,1	22,2	20,3”
Вінницька	19,5	20,7	23,0	44,3	50,4	55,7	37,7	47,5	25,3”	18,1	25,8	21,6
Волинська	12,0	27,2	12,6”	18,7	43,2	47,0	5,8	35,7	39,2	8,8	28,2	24,3
Дніпропетровська	20,1	33,8	32,7	55,0	64,1	59,0	32,9	55,4	42,9”	18,8	26,2	11,8”
Донецька	20,8	17,7	12,3”	43,7	47,7	39,6”	24,7	28,9	23,8	16,1	20,5	18,5
Житомирська	55,7	34,6	32,6	63,1	68,8	62,1”	55,4	51,4	52,5	7,4	20,3	27,2“
Закарпатська	22,8	23,6	16,8”	41,4	38,9	28,3”	32,6	33,3	24,1”	16,9	5,9	10,4“
Запорізька	26,8	23,7	25,7	42,5	41,5	41,7	36,8	38,9	34,3	12,4	11,9	11,8
Івано-Франківська	11,9	28,4	21,8”	54,6	60,3	54,4	47,5	55,9	42,4”	15,4	17,3	16,2
Київська	17,4	14,0	26,0“	50,3	46,8	54,7“	38,8	34,8	46,3“	9,8	20,0	26,4“
Кіровоградська	10,1	4,5	13,0“	25,0	19,5	20,4	9,1	5,5	14,7“	10,1	6,6	12,9“
Луганська	23,5	32,2	23,6”	53,4	53,7	57,6	29,1	41,0	11,4”	21,6	25,4	30,9
Львівська	18,3	25,4	18,9”	47,7	50,1	37,5”	44,0	42,2	32,3”	21,0	21,8	9,2”
Миколаївська	16,3	8,1	12,9“	60,9	45,3	49,0	46,8	38,0	42,6	31,7	28,7	12,3”
Одеська	15,4	18,9	17,4	33,8	39,5	40,3	24,7	32,5	27,0	15,5	22,8	16,9”
Полтавська	31,8	32,2	31,5	62,9	59,6	53,2	52,0	36,4	38,4	19,8	30,6	18,4”
Рівненська	16,7	18,6	14,2	48,3	48,1	49,0	34,2	36,0	33,6	22,8	23,1	24,9
Сумська	19,5	26,0	23,2	44,9	45,1	46,0	34,9	37,2	28,4”	18,6	14,8	18,4
Тернопільська	19,4	19,8	15,6	46,8	50,3	54,7	32,5	43,8	37,0”	24,5	19,0	22,8
Харківська	12,8	18,3	30,3“	47,6	57,4	53,2	27,2	29,6	36,8“	25,0	20,5	26,8“
Херсонська	24,2	31,5	29,5	59,3	58,9	57,0	54,4	54,8	51,4	38,8	25,5	30,6
Хмельницька	21,2	28,3	31,3	32,1	56,6	44,1”	30,5	39,9	27,5”	13,8	23,2	19,6
Черкаська	23,4	33,8	15,4”	56,8	62,7	54,5”	53,1	59,8	49,9”	16,7	33,8	23,2”
Чернівецька	16,0	19,5	16,3	56,3	56,6	46,7”	49,7	52,5	43,7”	13,5	18,7	20,9
Чернігівська	40,7	26,1	19,1”	60,2	56,4	54,4	55,5	50,0	44,4	37,8	30,7	13,3”
м. Київ	13,2	22,9	13,6”	29,7	60,2	52,7”	8,3	39,6	46,9“	8,4	26,6	34,8“

Щодо відмінностей між різними соціально-демографічними групами, то в цілому жінки частіше звертаються до лікарів з метою профілактики, і це стосується всіх форм медогляду, включених до опитувальника (окрім уролога). До всіх форм зазначених обстежень (за винятком кардіографії) населення старших вікових груп (60 років+) вдається значно рідше, ніж молодші категорії населення, хоча проблеми зі здоров'ям і ризик захворювань з віком, навпаки, зростають (**рис. 1.3**).



**Рис 1.3.** Досвід проходження медичного огляду протягом останніх 12 місяців (відсоток тих, хто відповів, що проходив медичний огляд з профілактичною метою), %

Опитування виявило незначні відмінності у проходженні профілактичних оглядів залежно від типу поселення: міські жителі трохи частіше звертаються до стоматологів, урологів і гінекологів, а також проходять флюорографію й мамографію, аніж жителі сільської місцевості. Також населення з більш високою (базова та повна вища) освітою частіше звертається до медичних працівників з питань профілактики (за винятком консультацій уролога) порівняно з громадянами з нижчим рівнем освіти.



**Рис 1.4.** Досвід проходження медичного огляду в уролога / гінеколога впродовж року залежно від рівня освіти, доходу та самооцінки здоров'я, %

Якщо порівняти звернення жінок до гінеколога й чоловіків до уролога залежно від інших факторів, то можна побачити, що жінкам із високим доходом, освітою й самооцінкою стану здоров'я притаманний відносно вищий рівень звернень. Водночас у чоловіків зв'язок із доходом та освітою майже непомітний, а самооцінка стану здоров'я впливає на звернення у крайніх своїх проявах, тобто в разі дуже поганого чи дуже доброго стану здоров'я (рис. 1.4).

## 1.5. Щеплення

За останні 10 років антивакцинальні настрої в Україні дуже посилюються. Проблема полягає в недовірі до державної системи закупівлі та зберігання вакцин, колишніх перебоїв із забезпеченням безкоштовних вакцин, сумніви самих медиків у потребі вакцинації, поширення негативної інформації щодо наслідків щеплення та різноманітних конспірологічних міфів, що до того ж посилюється політизацією обговорення теми щеплення в суспільстві.

Тривалий час люди дедалі рідше стикалися з базовими інфекціями у повсякденному житті, тому припинили їх боятися. Нинішня ситуація з поширенням коронавірусу й надії на вакцинацію, як основний захід протидії пандемії, роблять обговорення звичайних практик щеплення серед українських громадян надзвичайно актуальним.

Запитання про ставлення та поведінку, пов'язану зі щепленням дітей, ставилися лише тим респондентам, котрі повідомили про наявність у їхньому домогосподарстві дітей віком до 18 років і мали інформацію про стан здоров'я та медичну допомогу, яка надається цим дітям. Таких виявилось 32,5% вибірки (3285 осіб).

### Ставлення до вакцинації

Серед населення, яке має в домогосподарствах дітей, переважає «позитивне ставлення» до вакцинації. Середній індекс для України становить 4,0 з 5. Позитивне ставлення висловлюють 75,9% (серед них «дуже позитивне ставлення» мають 33,3% і «скоріше позитивне ставлення» – 42,6%). Про «нейтральне ставлення» повідомляють 15,8%. Решта

8,2% «негативно» ставляться до щеплень: 5,1% – «скоріше негативно», а 3,1% – «дуже негативно» (табл. 1.6).

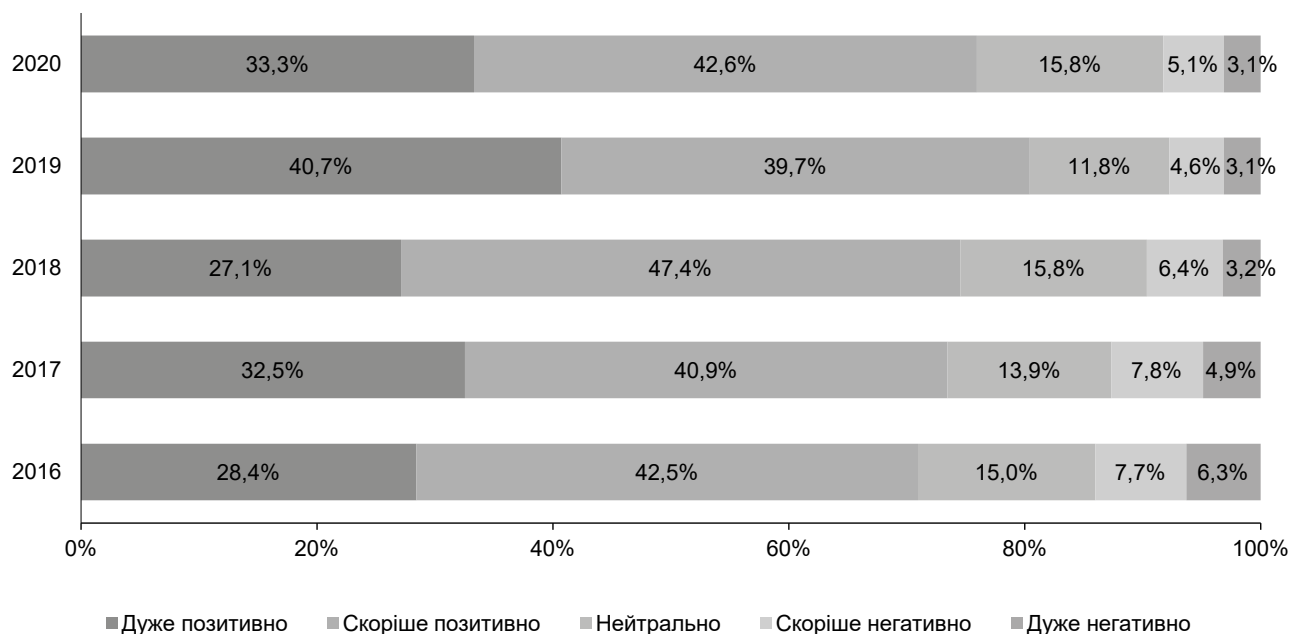
У регіональному розрізі найкраще ставлення до вакцинації зафіксоване в Чернігівській і Запорізькій областях (близько 89% позитивних оцінок у кожній з цих областей), а найменше позитивних висловлень з цього приводу притаманне жителям Луганської, Хмельницької, Житомирської, Тернопільської, Закарпатської, Херсонської та м. Києва (не більше 70% позитивних відгуків). Особливо вирізняються Хмельницька, Тернопільська та Закарпатська області, де понад 17% мешканців висловлюють негативне ставлення до вакцинації.

**Таблиця 1.6**

Поділ опитаних, які мають дітей у домогосподарстві, за ставленням до вакцинації й регіонами, %

Регіон	N	Середній бал	Дуже позитивно	Скоріше позитивно	Нейтрально	Скоріше негативно	Дуже негативно
<b>Україна</b>	<b>3131</b>	<b>4,0</b>	<b>33,3</b>	<b>42,6</b>	<b>15,8</b>	<b>5,1</b>	<b>3,1</b>
Вінницька	139	3,8	25,7	50,4	12,0	6,0	5,9
Волинська	100	4,2	39,4	44,7	9,1	5,6	1,2
Дніпропетровська	202	3,8	19,3	59,5	10,9	6,1	4,3
Донецька	267	4,1	34,2	51,0	10,4	2,7	1,8
Житомирська	97	3,7	14,9	48,7	28,5	6,4	1,4
Закарпатська	108	3,7	22,0	45,8	16,6	12,6	3,0
Запорізька	132	4,2	40,5	48,4	7,3	0,6	3,1
Івано-Франківська	107	4,2	41,9	42,1	9,6	2,8	3,6
Київська	148	3,8	21,5	48,4	22,0	4,5	3,6
Кіровоградська	88	3,9	28,6	49,8	9,3	9,1	3,2
Луганська	156	3,9	31,2	28,5	40,2	0,0	0,0
Львівська	189	4,2	50,2	33,9	4,2	5,2	6,4
Миколаївська	77	4,4	60,1	25,0	11,7	2,6	0,7
Одеська	151	4,0	26,4	49,4	18,5	5,7	0,0
Полтавська	119	4,0	37,0	36,0	18,3	7,2	1,6
Рівненська	90	4,0	40,9	33,9	13,6	8,1	3,5
Сумська	71	3,8	27,1	45,2	14,8	11,2	1,7
Тернопільська	96	3,8	45,4	20,5	17,1	3,5	13,5
Харківська	200	4,1	35,2	46,8	12,9	3,9	1,3
Херсонська	85	3,9	31,4	36,5	26,8	5,3	0,0
Хмельницька	100	3,5	22,5	40,2	15,6	9,8	11,9
Черкаська	70	4,0	43,8	34,6	10,4	5,5	5,8
Чернівецька	71	3,9	34,8	38,1	12,4	9,2	5,5
Чернігівська	69	4,5	63,6	25,8	6,2	3,7	0,7
м. Київ	200	3,9	26,3	40,6	29,7	3,3	0,0

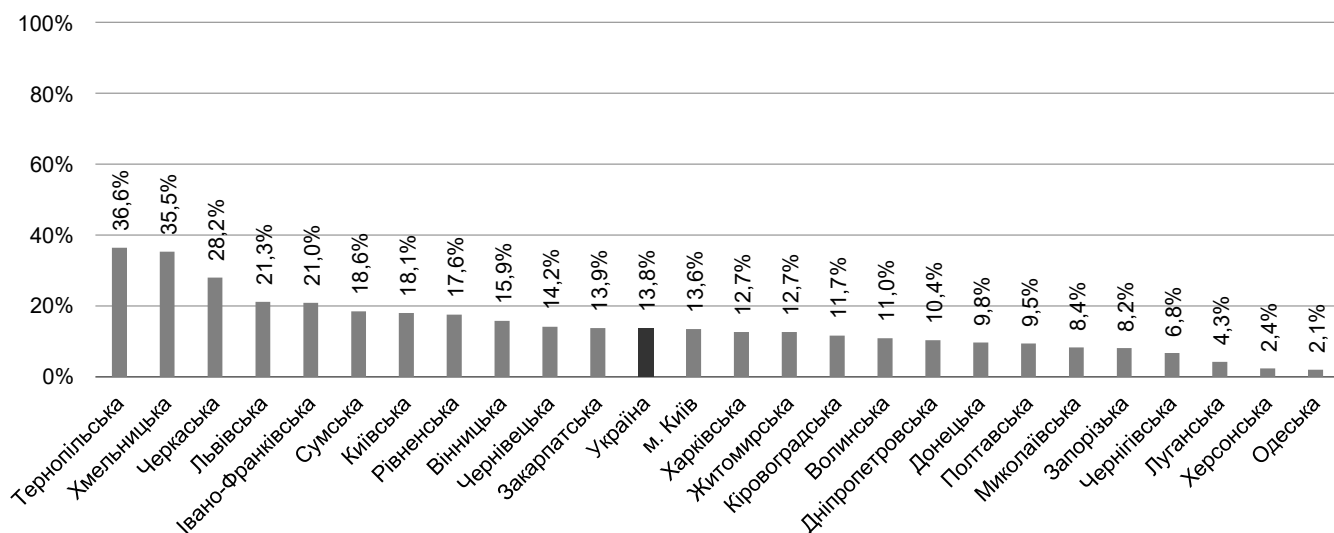
Ставлення до щеплення в Україні поступово змінюється. У МОЗ розгорнули масштабну комунікаційну кампанію з інформаційної підтримки вакцинації й навчання медпрацівників з ефективного консультування. Пропри такі позитивні зрушення у 2020 р. дослідження «Індекс здоров'я» зафіксувало припинення зростання позитивного ставлення до вакцинації, яке спостерігалось протягом 2016–2019 років, за рахунок перетікання частини прихильників вакцинації до групи з нейтральним ставленням. При цьому частка противників вакцинації практично не змінилася. Протягом років обстеження відсоток тих, хто в цілому негативно ставився до вакцинації, скорочувався з 14,0% у 2016 р. до 12,7% у 2017 р., 9,6% у 2018 р. й 7,7% у 2019 р. У 2020 р. він становив 8,3%. Натомість підтримували вакцинацію 70,9% у 2016 р., 73,4% у 2017 р., 74,5% у 2018 р., 80,4% у 2019 р., а у 2020 році – 75,9% (рис. 1.5). У середньому рівень підтримки вакцинації зріс із 3,8 бала з 5 у 2016 р. до 3,9 бала у 2017 та 2018 роках, 4,1 бала в 2019 р. й 4,0 бала у 2020 р.



**Рис. 1.5.** Ставлення до вакцинації: поділ за роками опитування

### Відмова від вакцинації

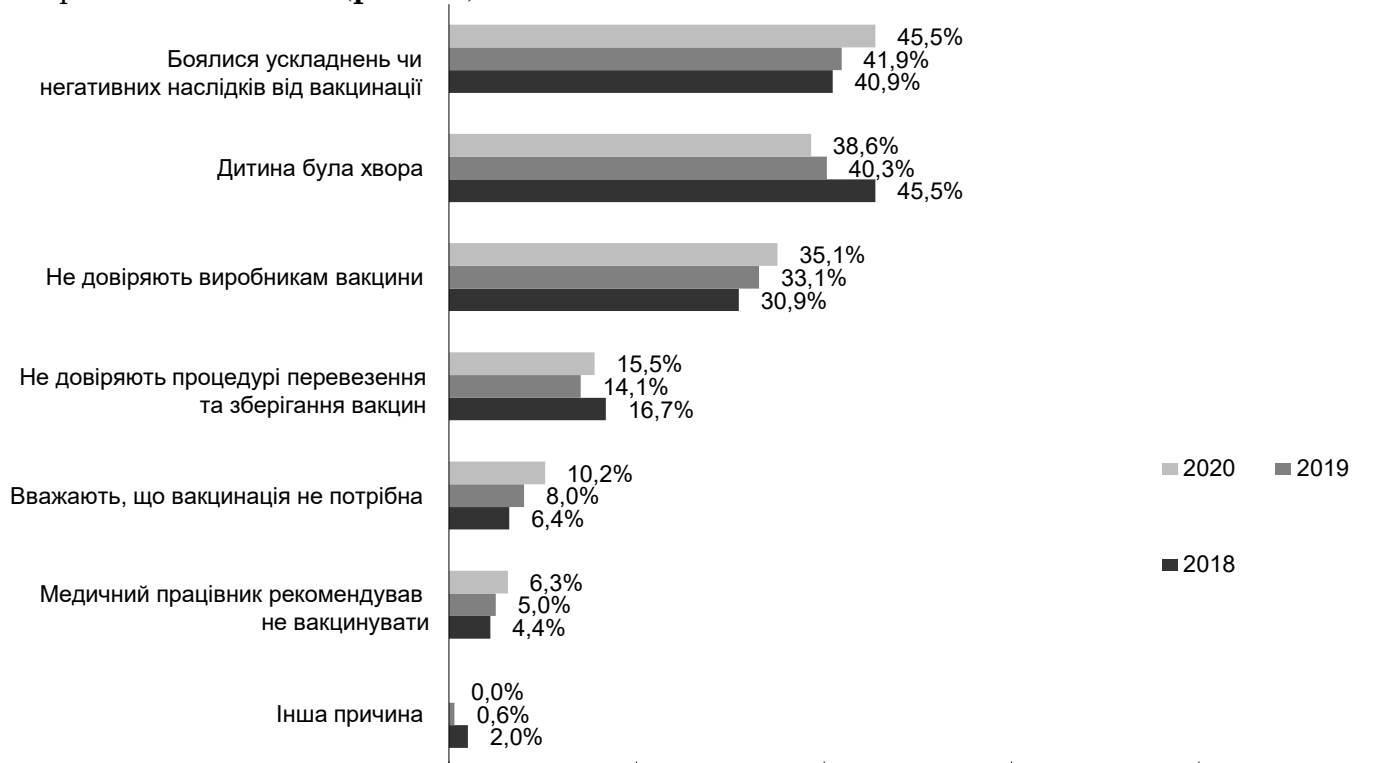
У цілому 13,8% опитаних, які відповідають за дітей у своєму домогосподарстві, повідомили, що будь-коли мали досвід відмови від щеплень. Найскладніша ситуація зі ставленням батьків до вакцинації у таких західних областях, як Тернопільська і Хмельницька, де більш ніж третина опитаних мали досвід відмов, а також у Черкаській області, де такий досвід мала понад чверть опитаних. Натомість найбільшу прихильність до щеплень декларують батьки Одеської, Херсонської та Луганської областей – менше 5% опитаних відмовлялися від щеплень (**рис. 1.6**).



**Рис. 1.6.** Відсоток респондентів, які мали досвід відмови від щеплень для дитини: поділ за регіонами (серед тих, хто мав дітей до 18 років у домогосподарстві й інформацію про стан їхнього здоров'я,  $N = 3285$ ).

Ієрархія причин відмови від дитячих щеплень не змінилася порівняно з 2019 р. Найпоширенішими причинами відмови від вакцинації є страх перед можливими ускладненнями чи негативними наслідками (45,5%) та стан здоров'я дитини на момент запланованого щеплення (38,6%). Понад третину батьків (35,1%) зупиняє недовіра до

виробників вакцин або процедури її перевезення та зберігання (15,5%). Решта причин набрала не більше 10% (рис. 1.7).



**правка на рис. 1.7:** Медичний працівник рекомендував не вакцинувати

**Рис. 1.7.** Поділ респондентів за причинами відмови від щеплень для дитини та роками обстеження (серед тих, хто будь-коли відмовлявся від щеплення дитини,  $N = 479$ )

У цілому прогрес у зміні ставлення до дитячої вакцинації на краще набирає оберти, оскільки по Україні частка респондентів, у чій сім'ї відмовлялися коли-небудь від щеплення дитини, значуще скоротилася порівняно з попередніми роками (з 21,1% у 2017 р. й 21,9% у 2018 р. до 18,3% у 2019 р. та 13,8% у 2020 р.), і це є позитивним результатом багаторічної роботи медиків.

## 1.6. Поведінка в разі хвороби

Для з'ясування типової поведінки дорослих у разі хвороби респондентам ставилось 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 семи днів».

Результати опитування показують, що самолікування є найпоширенішою практикою населення в разі хвороби, до нього вдається майже половина (46,8%) опитаних дорослих: 32,7% віддають перевагу самостійному фармакологічному лікуванню, ще 14,1% лікуються за допомогою народних засобів (табл. 1,7).

Попри численні позитивні моменти самолікування (наприклад, такі як економія часу і коштів хворих, зменшення навантаження на лікувальні заклади й медиків тощо), самолікування несе в собі численні ризики, а саме загрозу несвоєчасного звернення по професійну медичну допомогу й високий ризик ускладнень хвороби. Головна складова самолікування – відповідальність хворого за своє здоров'я, і воно аж ніяк не може розглядатися як альтернатива фахового лікування.

Звернення до медичного працівника є типовою поведінкою в разі хвороби для 2/5 населення (41,2%): 28,9% звертаються до сімейного/дільничного лікаря, 2,6% звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста, 2,6% мають лікарів серед родичів, друзів чи знайомих, 1,7% викликають швидку допомогу, а 1,2% звертаються одразу до стаціонару.

Водночас 10,4% респондентів вказали, що їхнє рішення щодо подальшого лікування, як правило, залежить від симптомів.

Порівняно з результатами попередніх хвиль опитування спостерігається поступове зростання частки тих, хто в разі захворювання звертається по допомогу до медичного працівника (з 29,0% у 2017 р. до 33,8% у 2018 р., з 37,4% у 2019 р. до 41,2% у 2020 р.), хоча сумарна частка прихильників самолікування при цьому значуще не змінилася (близько 45–47%).

Водночас у групі респондентів, які віддають перевагу самолікуванню, частка тих, хто лікується з допомогою лікарських засобів, не змінилася за рік (31,7% у 2019 р. порівняно із 32,7% у 2020 р.), як і частка тих, хто покладається на методи народної медицини, яка раніше повільно скорочувалася (19,4% у 2017 р., 15,5% у 2018 р., 13,7% у 2019 р. і 14,1% у 2020 р.).

Продовжується зафіксоване минулого року зростання звернень по допомогу до медичних працівників за рахунок почастишання візитів до сімейного/дільничного лікаря (18,6% у 2017 р., 23,1% у 2018 р., 27,0% у 2019 р. і 28,9% у 2020 р.). Це не дивно, оскільки лікар первинної медичної допомоги стає посередником між пацієнтом і вузькопрофільними фахівцями, хоча, як зазначалося вище, 2,6% хворих продовжують звертатися по допомогу безпосередньо до вузьких спеціалістів, оминаючи стадію консультиування із сімейним лікарем.

Не в усіх регіонах частка респондентів, які лікуються самостійно народними засобами чи за допомогою ліків, є вищою, ніж частка тих, хто звертається по допомогу до медичного працівника. У Херсонській, Львівській та Дніпропетровській областях до лікарів звертається в 1,2–1,7 раза більша частка населення, ніж лікується вдома без консультацій з медичними працівниками. Зовсім протилежна ситуація склалася в Донецькій, Луганській, Одеській та Рівненській областях, де сумарна частка прибічників самолікування в 1,6–2,1 раза перевищує частку тих, хто звертається до медичних працівників, а в Полтавській і Чернігівській областях – більш ніж у 2,8–2,9 раза (табл. 1.7).

У регіональному розрізі найвідчутніші зміни протягом року на користь звернень до лікарів спостерігаються у Херсонській (+18,7 в.п.<sup>7</sup>) та Хмельницькій (+10,6 в.п.) областях, тоді як респонденти, які проживали в Полтавській (+15,4 в.п.), Черкаській (+15,3 в.п.), Закарпатській (+11,7 в.п.) і Тернопільській (+11,7 в.п.) областях, навпаки, частіше вказували на те, що займаються самолікуванням.

Були виявлені й певні відмінності в поведінці в разі хвороби за соціально-демографічними групами. Найбільше вдаються до самолікування люди з низьким доходом (до 1000 грн), з нижчою за загальну середню освіту (54,9%), у віці 60 років і старші (52,8%).

Молодь або більш відповідально ставиться до свого здоров'я, або сприймає сучасні процедури отримання медичної допомоги більш неупереджено, оскільки тільки в молоді віком 18–29 років звернення до лікарів випереджає самолікування, бо серед них 42,0% звертаються до медичних працівників у разі хвороби порівняно із 37,8% тих, хто обирає самолікування. Приблизний паритет стратегій спостерігається серед людей з вищою освітою, а в усіх інших демографічних групах, що розглядаються, самолікування є більш поширеним за професійну медичну допомогу.

Дещо частіше звітують про свої звернення до медичних працівників у разі хвороби жінки (у 2017 р. – 31,0%, у 2018 р. – 36,8%, у 2019 р. – 40,1%, у 2020 – 39,1%) й особи з базовою та повною вищою освітою. Натомість значно менше зафіксовано звернень по професійну медичну допомогу з боку чоловіків (45,3% у 2017 р., 48,2% у 2018 р., 34,1% у 2019 р., 34,5% у 2020 р.). Тенденція на зменшення самолікування серед осіб з найбільш бідних сімей (51,9% у 2017 р., 56,4% у 2018 р. та 38,2% у 2019 р.) не продовжилася, оскільки у 2020 році самолікування, як основний захід боротьби із хворобою, обрали 56,2% представників цієї групи.

У світлі зміцнення ролі сімейного лікаря як ключового надавача медичної допомоги важливо, що в шести регіонах продовжує зберігатися тенденція на статистично значуще зростання звернень до сімейного лікаря як пріоритетної стратегії лікування в разі хвороби порівняно з 2019 р. (найбільше у Херсонській і Львівській, а також у Чернівецькій, Закарпатській, Сумській та Одеській областях).

<sup>7</sup> Відсоткові пункти (скорочено в.п.) характеризують різницю між відсотками одного й того ж показника, виміряного за різні періоди часу або в різних групах.



Таблиця 1.7

Поведінка в разі хвороби: поділ за регіонами, %

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	14,1	1449	10,6	25,0	12,9	11,8	22,9	16,8	12,7	8,9	16,7	15,6	0,5	18,3	8,1	18,3	14,5	19,5	6,5	17,5	20,0	13,1	9,4	10,8	15,2	8,6	19,1
Самостійно лікуються за допомогою ліків	32,7	3334	35,6	25,8	29,2	45,3	21,3	35,6	31,9	32,8	32,3	17,4	36,3	21,3	26,7	37,0	53,3	33,6	44,7	27,1	28,7	19,4	31,5	39,1	29,1	53,1	19,9
Просять поради у провізора / фармацевта в аптеці	4,1	367	4,6	5,6	7,3	4,3	1,7	1,0	5,9	5,4	2,7	0,0	1,7	4,6	1,8	3,0	2,3	7,4	2,1	3,7	7,4	1,2	6,4	3,5	3,7	5,9	3,2
Викликають швидку допомогу	1,7	200	1,1	2,4	3,2	0,5	0,5	1,0	1,7	1,3	0,8	1,9	0,5	0,7	2,7	3,0	1,2	1,4	3,7	2,1	3,8	4,9	4,8	0,7	0,5	0,6	0,3
Звертаються до сімейного лікаря / дільничного терапевта	28,9	3026	34,9	32,7	42,3	22,6	26,9	39,2	30,4	29,9	29,6	24,0	13,4	44,8	27,4	24,6	18,9	28,3	34,2	33,0	25,7	39,6	22,3	28,6	41,1	20,0	21,4
Звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста амбулаторії чи поліклініки	2,6	283	5,5	2,0	1,9	1,3	1,8	2,9	4,5	5,0	3,8	3,0	0,5	1,4	1,2	1,9	1,0	2,1	0,5	4,0	5,2	3,4	9,6	3,1	2,6	0,7	1,5
Звертаються безпосередньо до спеціаліста стаціонару	1,2	123	1,8	0,0	0,0	0,2	0,6	1,5	2,9	0,7	2,0	2,0	0,9	0,0	1,6	0,9	0,3	0,5	0,2	0,4	2,8	1,3	6,0	0,9	1,5	0,6	1,7
Звертаються до фахівців нетрадиційної медицини	0,2	18	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,7	0,5	1,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Радяться з лікарями, які є їхніми родичами, друзями, знайомими	2,6	282	1,4	2,3	1,7	2,4	3,2	1,3	2,0	8,9	3,9	0,6	2,2	3,0	6,2	2,4	1,9	1,3	1,4	6,9	0,9	5,9	4,3	5,1	1,2	0,0	1,1
Шукають в Інтернеті спосіб лікування схожих симптомів, хвороб	0,6	47	0,2	0,6	0,2	1,6	1,1	0,2	0,3	0,7	0,2	0,4	0,0	0,7	0,0	0,6	1,1	0,6	0,3	0,0	0,7	0,2	1,2	1,3	0,0	0,0	0,5
Вдаються до інших дій	0,2	15	0,0	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,7	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Нічого не роблять	0,7	77	0,0	0,0	0,5	0,0	2,1	0,5	0,6	2,1	0,0	2,2	0,3	0,2	1,6	0,8	0,8	1,7	0,4	0,8	0,7	1,6	2,7	0,8	1,0	0,0	0,9
Залежить від симптомів	10,4	955	4,2	3,6	0,5	10,0	17,6	0,0	6,8	4,0	8,0	32,6	43,9	4,8	22,0	7,0	4,6	3,3	5,7	4,5	2,6	8,9	0,7	6,2	3,8	10,5	29,9

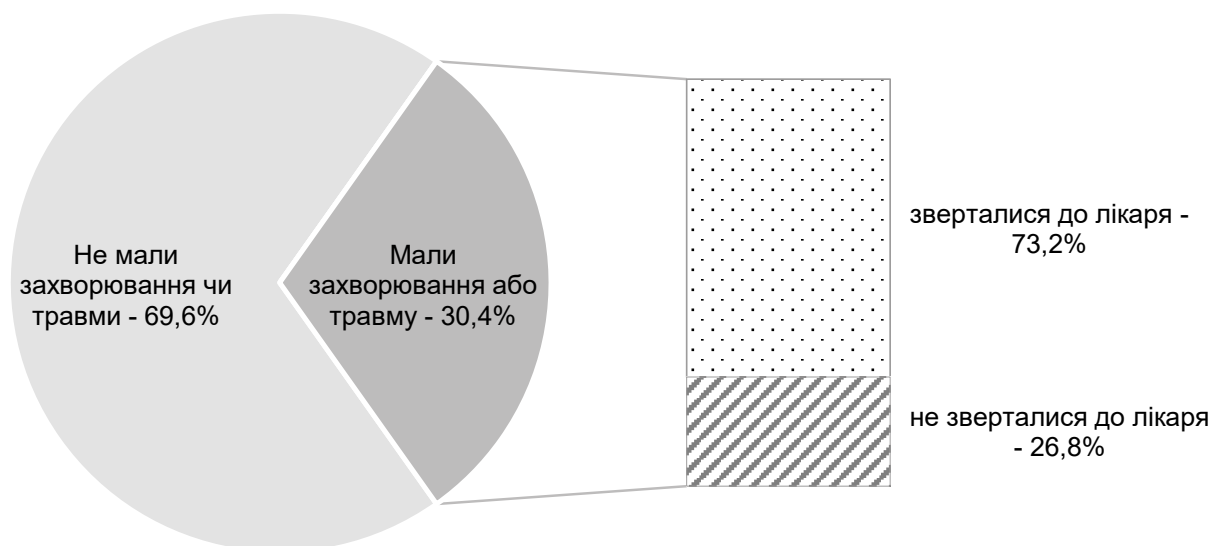
**Таблиця 1.8**

Поведінка в разі хвороби: поділ за соціально-демографічними групами, %

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	міський	сільський	початкова або неповна загальна, середня	повна загальна, середня	професійно-технічна	неповна вища / середня, спеціальна	базова вища	повна вища	науковий ступінь (n = 16 осіб)	до 1000 грн	1001–1500 грн	1501–2000 грн	2001–2500 грн	понад 2500 грн
Самостійно лікуються народними засобами без ліків	14,1	15,5	13,0	8,6	11,5	16,2	17,9	13,0	16,6	24,2	19,5	14,0	12,2	11,1	12,2	13,2	17,1	12,8	17,4	14,6	14,5
Самостійно лікуються за допомогою ліків	32,7	31,1	33,9	29,2	33,4	31,5	34,9	33,6	30,6	30,7	29,2	35,1	36,7	30,1	28,8	60,8	39,1	33,4	33,8	32,6	32,7
Просять поради у провізора / фармацевта в аптеці	4,1	4,7	3,7	3,5	4,7	5,2	3,0	4,3	3,8	1,6	3,4	5,5	3,6	5,4	4,0	0,0	4,7	4,2	3,3	4,0	4,6
Викликають швидку допомогу	1,7	1,6	1,8	0,4	1,4	1,7	2,8	1,7	1,7	4,1	1,8	2,0	2,0	2,3	0,7	0,0	1,9	2,0	2,9	2,1	1,3
Звертаються до сімейного лікаря / дільничного терапевта	28,9	25,7	31,5	35,8	28,0	27,1	27,6	28,1	30,7	21,0	32,3	24,1	27,2	31,5	32,8	14,0	25,1	32,6	28,8	30,3	28,9
Звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста амбулаторії чи поліклініки	2,6	2,7	2,6	2,3	2,4	3,0	2,8	2,3	3,4	2,1	2,3	2,6	2,1	4,5	3,2	5,8	1,3	3,4	2,9	2,4	2,8
Звертаються безпосередньо до спеціаліста стаціонару	1,2	1,4	1,0	0,6	1,5	1,4	1,0	1,1	1,4	1,4	1,0	1,3	0,9	1,8	1,4	0,0	1,4	1,7	1,2	1,6	0,7
Звертаються до фахівців нетрадиційної медицини	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,5	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2
Радяться з лікарями, які є їхніми родичами, друзями, знайомими	2,6	3,1	2,2	2,9	2,4	2,7	2,7	2,5	3,0	3,1	1,8	1,9	3,1	3,8	2,9	6,2	1,9	2,3	1,5	2,2	2,6
Шукають в Інтернеті спосіб лікування схожих симптомів, хвороб	0,6	0,6	0,5	1,3	0,7	0,5	0,1	0,7	0,3	0,0	0,7	0,4	0,3	1,4	0,9	0,0	0,2	0,3	0,2	0,6	0,5
Вдаються до інших дій	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3
Нічого не роблять	0,7	1,3	0,3	0,7	0,9	0,8	0,6	0,7	0,7	2,5	0,7	0,8	0,7	0,6	0,6	0,0	1,0	0,3	0,7	0,8	0,6
Залежить від симптомів	10,4	11,9	9,1	14,4	12,8	9,7	6,4	11,6	7,5	8,8	7,0	12,1	10,9	7,2	12,0	0,0	6,2	7,0	6,8	8,6	10,3

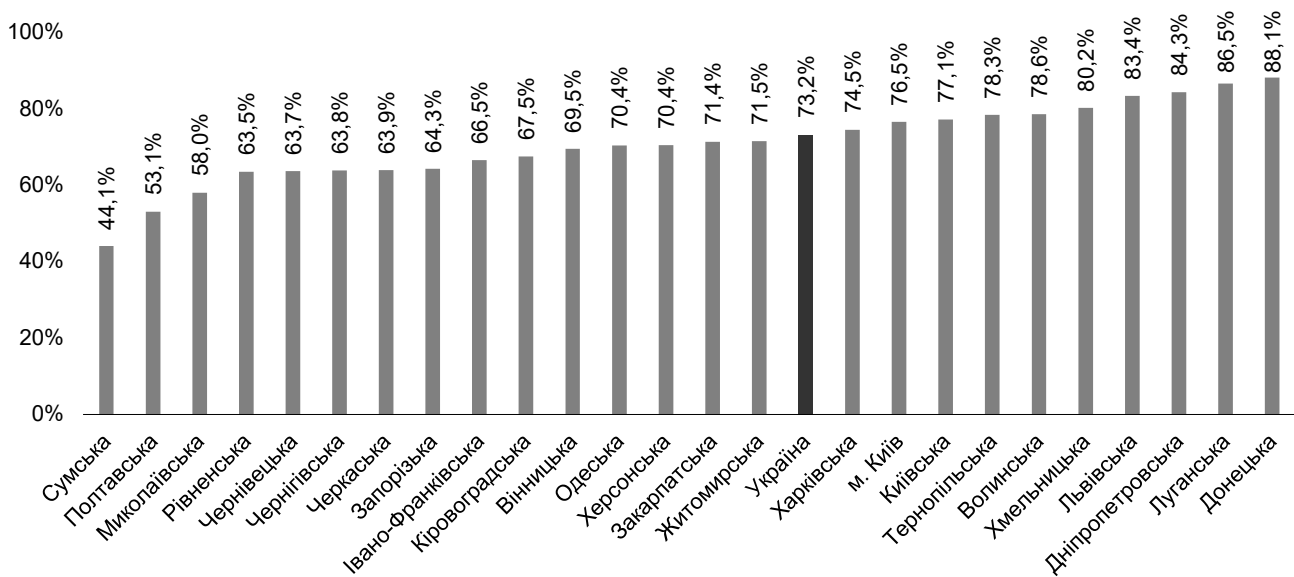
У подальших запитаннях респондентів просили пригадати свій останній випадок досить серйозного нездужання: «Пригадайте останній випадок Вашої будь-якої хвороби чи травми, яка заважала Вам працювати або займатися повсякденними справами у звичному режимі принаймні протягом семи днів, і який трапився протягом 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?» На відміну від оціночних суджень, обговорення прикладу останнього лікування проллє світло на реальні рутинні практики лікування серйозних хвороб.

Пригадуючи свій реальний досвід, 30,4% опитаних ( $N = 3320$ ) повідомили, що мали впродовж останніх 12 місяців хворобу або травму, яка впливала на їхню повсякденну життєдіяльність. Цей показник помітно зменшився порівняно з даними 2019 р., коли він становив 44,1%. Дещо менше 3/4 з тих, хто мав хворобу (73,2%), звернулись по фахову медичну допомогу до лікаря чи фельдшера (**рис. 1.8**), що суттєво більше, ніж показник минулого року (63,5%). Зменшення захворюваності на тлі збільшення звернень у проблемних випадках можна пояснити переоцінкою ризиків внаслідок побоювання звернення до медичних закладів в умовах пандемії COVID-19. Отже, хворі вважали за краще не визнавати свою проблему серйозною і намагались самостійно впоратись з її лікуванням, ніж звертатися по фахову допомогу.



**Рис. 1.8.** Відсоток опитаних, які повідомили про захворювання, що мали протягом останніх 12 місяців, та звернення до медичних працівників у зв'язку з цим захворюванням

Найнижчий рівень звернень до лікаря (менше половини тих, хто мав хворобу або травму), як і раніше, зафіксований у Сумській області. Також низькі показники звернення притаманні Полтавській і Миколаївській областям. Натомість у Львівській, Дніпропетровській, Луганській і Донецькій областях за потреби до медичних працівників зверталися частіше, ніж у середньому по країні (**рис. 1.9**).



**Рис. 1.9.** Відсоток тих, хто звернувся до лікаря під час останнього захворювання, що трапилося за останні 12 місяців (поділ за регіонами)

Частіше звертаються до медичного працівника в разі серйозного нездужання жінки (75,0%), ніж чоловіки (70,3%), а також респонденти старших вікових груп: 66,1% опитаних віком 60 років і старші проти 58,3% 18–29-літніх, котрі впродовж останнього року хворіли. Значних розбіжностей у зверненні до лікаря в разі хвороби серед представників інших демографічних груп (за міським/сільським типом поселення, віком, освітою й доходом) у дослідженні 2020 р. не виявлено.

## 1.7. Бар'єри в користуванні медичною допомогою

Основні перешкоди на шляху до медичної допомоги з'ясувалися 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 симптоми хвороб були вже знайомі з попереднього досвіду лікування (48,4%); 20,3% завадило очікування високої вартості лікування; 19,4% спинили великі черги до лікаря, а 19,0% опитаних сподівалися на те, що хвороба мине й без медичної допомоги. Ще 16,4% не звернулися по допомогу через недовіру до медичних працівників, а 12,6% хворих побоюлися інфікуватися коронавірусом (табл. 1.9).

Порівняно з попередніми роками основна причина «незвернення» до лікаря залишається незмінною, але її питома вага суттєво скоротилась за останні п'ять років (на 9 в.п.): знайомі симптоми і досвід попереднього лікування у 2016 р. вказали 57,5%, у 2017 р. – 55,5%, у 2018 р. – 54,8%, а у 2019 р. – 47,7%, а у 2020 р. – 48,4% опитаних.

Протягом року суттєво зменшилась (на 10 в.п.) частка тих, хто сподівався, що хвороба відступить сама, – 19,0% у 2020 р. порівняно з 29,3% у 2019 р. й 29,2% у 2018 р., 22,7% у 2017 р. та 25,3% у 2016 р.

Тобто спостерігається скорочення частки бажаючих розв'язувати медичні проблеми самостійно, навіть якщо є такий попередній досвід, а також питокої ваги тих, хто безвідповідально ставиться до свого здоров'я, чекаючи, що хвороба відступить сама замість отримання кваліфікованої консультації та за необхідності допомоги.

Такий бар'єр до медичної допомоги, як черги в лікарнях, продовжує залишатись актуальним у 2020 р. (19,4%), як і у 2019 р. (18,0%), хоча раніше були зафіксовані позитивні зміни в цьому напрямі, які виявилися нестійкими (13,0% у 2016 р., 19,5% у 2017 р., 14,1% у 2018 р.). У 2020 році продовжує бути актуальним така перешкода на шляху звернення по медичну допомогу, як недовіра до медичного персоналу (16,4%), підвищення якої було зафіксоване у 2019 р. (17,5%), хоча у попередні роки вона була суттєво нижчою (11,2% у 2017 р. та 10,0% у 2018 р.).

Незмінною залишається вагомість вартості лікування як перешкода на шляху звернення

до лікаря. Певне поліпшення ситуації в цій сфері, зафіксоване в минулі роки, протягом двох останніх років не спостерігається (24,6% у 2016 р., 22,9% у 2017 р., 17,0% у 2018 р., 17,7% у 2019 р. та 20,3% у 2020 р.).

У зв'язку із незначною наповненістю аналізованих груп порівняння показників у регіональному розрізі не проводилося. У розрізі соціально-демографічних характеристик були виявлені такі відмінності:

- чоловіки частіше за жінок сподіваються, що хвороба мине сама (24,1% порівняно з 15,1%);
- чоловіки демонструють більшу недовіру до лікарів, ніж жінки (20,3% порівняно з 13,3%);
- для жінок більш серйозними перешкодами для звернення до лікаря є дорожнеча цих послуг.

Жителів міста частіше спиняють великі черги до лікаря, а для сільських мешканців вагомою перешкодою є відсутність транспортного сполучення. Зазначимо, що мешканці міст частіше висловлюють побоювання щодо можливості інфікуватися коронавірусом як перешкоду до звернення по медичну допомогу порівняно із жителями сільської місцевості, де щільність населення суттєво менша. Висока вартість лікування, очікувано, є найгострішим питанням для старших вікових груп (**табл. 1.10**).

Так, упродовж років моніторингу дослідження «Індекс здоров'я» засвідчує позитивну динаміку самооцінювання стану здоров'я дорослим населення. Частка тих, хто називає своє здоров'я «скоріше добрим», зросла від 44,4% у 2016 р. до 54,3% у 2020 р. Так само сталою є тенденція серед чоловіків та осіб старшого віку менш позитивно розглядати власне здоров'я. Варто пам'ятати, що, незважаючи на очевидно суб'єктивний характер, який має самооцінка стану здоров'я, дослідження вже давно показують її зв'язок із реальним станом здоров'я опитаного й визнають як надійний чинник передбачення смертності .

Зважаючи на надзвичайну вагу серцево-судинних захворювань серед причин смертності населення України<sup>8</sup>, варто ще раз підкреслити ті результати дослідження, які вказують на відсутність прогресу в даному напрямі, а саме недостатню обізнаність населення про симптоми інсульту, що може призводити до несвоєчасного діагностування та підвищувати ризик незворотного впливу на здоров'я хворого, та індекс маси тіла, середнє значення якого для дорослого населення України перебуває в зоні надлишкової ваги за класифікацією ВООЗ, і така ситуація зберігається для кожної окремої області України. На ці індикатори варто звертати особливу увагу в програмах з підтримки громадського здоров'я.

Певне занепокоєння викликає згортання звернень населення до лікарів з профілактичною метою. Так, цьогоріч скоротилися відвідування гінеколога жінками й уролога чоловіками, стоматолога, проходження кардіограми, які досі потроху зростали. З іншого боку, тенденція до зростання частки звернень до лікаря в разі хвороби на протипагу самолікуванню зберігається й у 2020 р.: під час останньої хвороби зверталися до лікаря 29,0% у 2017 р. до 33,8% у 2018 р., 37,4% у 2019 р. та 41,2% у 2020 р. Хоча наше дослідження не дає однозначної відповіді на запитання про причини змін у поведінці, пов'язаній із запобіганням хворобам та їх ранньому виявленню, епідеміологічна ситуація, що склалася у 2020 р., могла мати вплив на такі рішення респондентів.

Отже, профілактика неінфекційних хронічних захворювань, скорочення впливу чинників, які сприяють розвитку неінфекційних хвороб, формування відповідального ставлення громадян до свого здоров'я та мотивування їх вести здоровий спосіб життя повинні залишатися пріоритетами на шляху поліпшення громадського здоров'я в Україні.

8 Strawbridge WJ, Wallhagen MI. Self-rated health and mortality over three decades: results from a time-dependent covariate analysis. *Res Aging* (1999) (режим доступу: )

**Таблиця 1.9**

Поділ опитаних за причинами відмови від звернення до лікаря в разі хвороби чи травми за регіонами, %

Регіон	N	Занадто дорого (послуги, ліки, транспорт)	Не довіряю медичному персоналу, їхній кваліфікації	Погане ставлення персоналу, грубість, хамство	Великі черги в лікарнях	Немає транспортного сполучення	Знають, як лікувати, з попереднього досвіду	Не знають, до кого звернутися	Очікували, що хвороба пройде сама, не сильно турбувала	Боляся інфікуватися коронавірусом	Боляся, що послуги, не пов'язані з коронавірусом, недоступні, гіршої якості, дорожчі тощо	Інші причини
Україна	1016	20,3	16,4	5,8	19,4	4,4	48,4	1,9	19,0	12,6	2,9	1,9
Вінницька	48	28,0	3,7	1,8	10,3	7,7	66,8	0,0	13,8	5,7	2,2	2,1
Волинська	33	11,1	14,3	5,6	20,8	4,9	38,6	0,0	16,4	8,7	13,0	0,0
Дніпропетровська	18	15,4	11,0	0,0	54,1	3,7	58,2	3,6	19,3	45,0	0,0	3,7
Донецька	16	62,0	18,9	12,0	41,5	9,6	27,0	0,0	6,0	12,0	0,0	0,0
Житомирська	51	13,4	5,4	0,0	8,9	1,3	56,7	0,0	27,1	7,0	1,4	0,0
Закарпатська	12	20,7	17,8	0,0	8,7	18,6	27,0	0,0	9,6	0,0	16,3	0,0
Запорізька	43	19,9	33,3	3,3	27,0	9,1	46,5	7,9	11,6	4,6	4,6	4,8
Івано-Франківська	51	14,4	19,9	10,1	10,1	0,0	42,0	1,7	31,3	18,7	2,2	0,0
Київська	44	17,5	21,2	0,0	15,8	1,9	55,9	0,0	23,8	10,5	7,3	2,2
Кіровоградська	32	13,8	31,8	0,0	14,7	0,0	14,7	0,0	36,5	8,8	0,0	0,0
Луганська	6	53,5	0,0	0,0	31,4	0,0	76,7	0,0	46,5	45,3	0,0	0,0
Львівська	30	17,7	9,3	0,0	11,9	2,9	43,0	2,6	27,2	27,4	0,0	0,0
Миколаївська	87	30,5	27,7	10,2	58,8	6,0	42,5	0,0	6,3	11,7	2,2	8,5
Одеська	35	39,0	23,4	7,9	14,2	7,6	55,6	2,4	11,2	6,2	0,0	0,0
Полтавська	72	16,9	8,6	1,0	13,0	4,3	61,5	1,1	19,7	5,8	1,7	3,4
Рівненська	61	17,5	23,7	9,0	11,6	3,0	29,3	1,2	23,6	16,3	0,0	3,0
Сумська	19	19,1	32,8	9,5	4,8	9,4	15,9	0,0	40,8	4,8	0,0	0,0
Тернопільська	9	0,0	0,0	0,0	23,2	0,0	47,4	10,2	0,0	7,9	0,0	11,3
Харківська	44	15,6	14,2	21,8	22,3	3,9	36,0	6,2	15,8	12,3	0,0	1,6
Херсонська	69	17,7	17,9	2,3	2,3	6,1	69,3	1,1	25,8	6,7	3,9	0,0
Хмельницька	28	0,0	24,5	6,3	15,2	0,0	33,5	3,0	29,2	47,2	6,3	0,0
Черкаська	72	19,6	9,7	5,9	21,4	3,8	38,3	1,3	10,8	9,9	10,8	2,4
Чернівецька	85	10,7	21,2	7,6	3,5	0,0	48,3	2,1	31,0	12,1	3,7	0,0
Чернігівська	31	6,8	0,0	0,0	0,0	9,4	93,1	0,0	3,3	3,2	0,0	0,0
м. Київ	20	6,9	0,0	3,4	10,1	0,0	69,8	0,0	16,7	0,0	6,6	0,0

**Таблиця 1.10**

Поділ опитаних за причинами відмови від звернення до лікаря в разі хвороби чи травми за соціально-демографічними характеристиками, %

	N	Занадто дорого (послуги, ліки, транспорт)	Не довіряю медичному персоналу, їхній кваліфікації	Погане ставлення персоналу, грубість, хамство	Великі черги в лікарнях	Немає транспортного сполучення	Знають, як лікувати, з попереднього досвіду	Не знають, до кого звернутися	Очікували, що хвороба пройде сама, не сильно турбувала	Боявся інфікуватися коронавірусом	Боявся, що послуги, не пов'язані з коронавірусом, недоступні, гіршої якості, дорожчі тощо	Інші причини
Україна	1016	20,3	16,4	5,8	19,4	4,4	48,4	1,9	19,0	12,6	2,9	1,9
СТАТЬ												
Чоловік	364	17,3	20,3	4,5	16,6	3,1	45,7	1,9	24,1	11,2	2,4	1,4
Жінка	652	22,7	13,3	6,8	21,6	5,4	50,5	1,9	15,1	13,7	3,3	2,2
ВІКОВА ГРУПА												
18–29 років	124	9,7	14,6	6,1	18,1	4,0	52,6	0,0	27,2	9,2	2,1	0,7
30–44 роки	257	12,0	17,9	6,9	17,9	1,9	47,9	2,7	19,8	9,7	4,8	2,3
45–59 років	240	18,6	15,8	5,4	18,8	3,4	50,2	2,1	14,5	13,8	3,4	0,9
60 років і більше	395	31,7	16,2	5,1	21,5	7,2	46,1	1,9	18,8	15,2	1,4	2,6
ТИП МІСЦЕВОСТІ												
міська	615	20,4	16,0	6,4	22,5	3,0	46,9	2,0	18,9	14,3	4,0	1,8
сільська	401	20,2	17,1	4,6	13,2	7,4	51,6	1,7	19,2	9,0	0,7	2,1
РІВЕНЬ ОСВІТИ												
Початкова або неповна загальна середня	39	41,9	15,1	3,6	13,5	10,9	44,5	0,0	20,0	6,6	0,0	6,0
Повна загальна середня	224	27,6	14,5	6,8	25,7	6,8	50,5	0,9	16,2	9,6	2,8	1,6
Професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	180	24,6	27,7	7,5	18,3	5,8	38,1	3,6	23,8	9,3	1,1	1,3
Неповна вища / Середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	295	20,7	14,3	2,4	18,7	3,7	53,0	1,7	16,9	17,2	3,5	2,5
Базова вища (бакалавр)	71	14,5	15,8	8,0	23,3	3,4	36,9	2,5	15,4	17,3	5,1	0,0
Повна вища (спеціаліст, магістр)	205	9,4	11,9	7,6	15,6	1,7	53,7	1,8	21,6	10,9	3,4	1,5
Науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)	2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	38,0	0,0	62,0
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>												
До 1000 грн	92	14,4	17,0	5,1	12,7	8,5	43,2	3,7	20,9	9,8	2,0	2,2
1001–1500 грн	88	20,8	14,8	2,7	24,2	11,0	46,5	0,0	19,5	21,3	1,0	0,7
1501–2000 грн	159	27,2	16,1	6,0	22,3	5,9	46,9	1,1	16,9	9,8	3,1	3,6
2001–2500 грн	140	25,0	18,1	3,4	10,6	5,6	51,7	1,4	20,9	10,9	3,1	2,0
Понад 2500 грн	324	16,3	16,2	6,9	18,6	2,8	49,4	2,0	18,5	12,6	3,5	1,4

## РОЗДІЛ 2. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

### Основні результати:

- третина (33,1%) дорослих жителів країни зверталися по амбулаторну медичну допомогу у зв'язку з хворобою протягом року перед проведенням опитування, що на 6,2 в.п. менше, аніж попереднього року;
- більшість звернень у зв'язку із проблемами зі здоров'ям, як і раніше, розглядаються на рівні лікаря загальної практики, і звернення до вузьких спеціалістів за власним бажанням стає менш поширеним. У 2020 р. понад дві третини (68,2%) мали останній амбулаторний візит до лікаря загальної практики, 28,0% – до вузького спеціаліста, і серед них майже половина (48,1%) мали направлення до цього спеціаліста від сімейного лікаря;
- близько половини (55,4%) тих, хто звертався по амбулаторну допомогу, під час останнього візиту мали витрати, пов'язані з отриманням цих послуг;
- розмір плати у зв'язку з отриманням амбулаторної допомоги з роками поступово зростає. За даними поточного опитування, половина тих, хто платив за амбулаторну допомогу під час останнього візиту, заплатили менше 100 гривень, і половина – понад цю суму;
- споживання лабораторно-діагностичних послуг у зв'язку з отриманням амбулаторної медичної допомоги порівняно із попереднім роком дещо зросло. За даними 2020 р., здавали аналізи дві третини (66,6%) споживачів амбулаторної допомоги (на 7,2 в.п. більше, ніж попереднього року), проходили діагностику – 52,6% (на 5,3 в.п. більше, ніж попереднього року);
- частка тих, хто платив за лабораторні й діагностичні послуги, лишається приблизно на одному рівні протягом часу дослідження. За аналізи протягом останнього року платили 41,7%, за діагностичні послуги – 55,2% тих, хто отримував ці послуги;
- вартість лабораторних і діагностичних послуг продовжує зростати. За даними 2020 р., медіанний розмір плати за аналізи становив 250 грн, за діагностичні послуги – 300 грн;
- фінансовий тягар, пов'язаний з отриманням амбулаторної допомоги, лишається значним. Дві третини (66,4%) споживачів амбулаторної допомоги платили за візит до лікаря та/або лабораторно-діагностичні послуги, серед них майже половина (49,9%) вказали, що їм було складно покрити ці витрати, і 39,3% позичали кошти, щоб оплатити витрати, пов'язані з отриманням амбулаторної медичної допомоги. Відсоток тих, хто був вимушений позичати кошти на лікування, продовжує скорочуватися, але сума позичених коштів зростає;
- відсоток вимушених відмов від амбулаторної допомоги через брак коштів продовжує поступово знижуватися, але лишається доволі вагомим. За даними 2020 р., близько п'ятої частини (19,3%) дорослого населення протягом останніх 12 місяців були хворі, але не відвідали лікаря через брак коштів.

Амбулаторна допомога – це вид медичної допомоги, надання якої не потребує госпіталізації пацієнта в лікарню для цілодобового нагляду на противагу стаціонарній допомозі. Амбулаторні заклади надають первинну та, частково, спеціалізовану медичну допомогу і відіграють важливу роль в системі охорони здоров'я, адже саме на первинному рівні можна розв'язати більшість проблем зі здоров'ям пацієнтів.

В Україні існує широка мережа амбулаторно-поліклінічних закладів, як у містах, так і в сільській місцевості: загалом в Україні амбулаторно-поліклінічну допомогу надають понад 10 тисяч закладів<sup>9</sup>, а кількість відвідувань лікарів протягом року, включно з профілактичними відвідуваннями й відвідуваннями вдома, перевищує 275 мільйонів (6,6 на одного жителя країни)<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Центр медичної статистики МОЗ України. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2018–2019 роки. <http://medstat.gov.ua/im/upload/kadry%202019.zip>

<sup>10</sup> Центр медичної статистики МОЗ України. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2019 рік. [http://medstat.gov.ua/im/upload/DOV\\_1\\_ZAG-2019.zip](http://medstat.gov.ua/im/upload/DOV_1_ZAG-2019.zip)



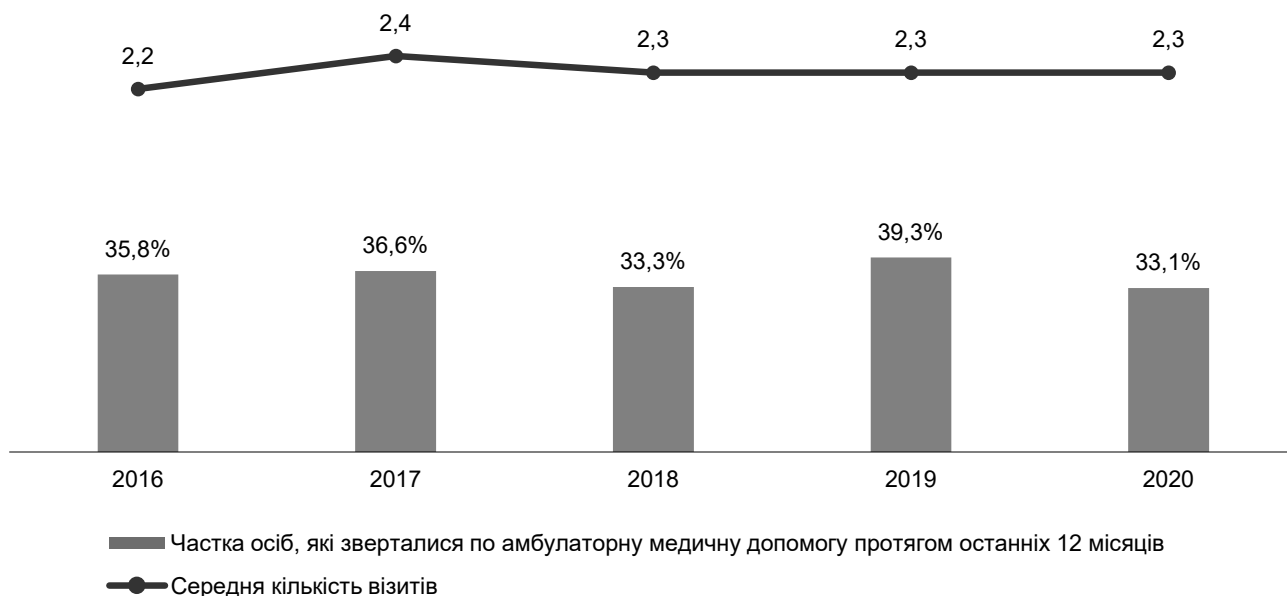
Водночас дані попередніх досліджень свідчать, що в Україні значна кількість людей у разі хвороби не звертаються до лікарів, намагаючисьвилікувати хворобу самостійно, і найчастіше невідвідування лікаря пов'язане з високою вартістю лікування<sup>11</sup>. Рівень «платежів із кишені» за послуги у сфері охорони здоров'я в Україні залишається високим (за даними Державної служби статистики, у 2018 р. на домогосподарства припадало 48,2% усіх витрат на охорону здоров'я<sup>12</sup>), і є вищим, ніж у багатьох інших європейських країнах<sup>13</sup>. Хоча значна частина цих витрат припадає на стаціонарне лікування, отримання амбулаторної медичної допомоги також у багатьох випадках пов'язане із витратами, як формальними, так і неформальними<sup>14</sup>.

У 2020 році, окрім можливих фінансових бар'єрів, на звернення до лікаря в разі хвороби також могла вплинути епідемія COVID-19. З одного боку, за рекомендацією МОЗ, люди з ознаками респіраторного захворювання чи підозрою на захворювання на COVID-19 мають звернутися до свого сімейного лікаря, що мало б спричинити більшу кількість звернень по амбулаторну медичну допомогу. Водночас частина пацієнтів з іншими хворобами могла відмовитися від візиту до медичного закладу через карантинні обмеження або страх захворіти на COVID-19. Як змінилася ситуація з отриманням амбулаторної медичної допомоги в Україні, можна простежити за даними проведеного дослідження, представленими в цьому розділі.

## 2.1. Звернення по амбулаторну допомогу

За результатами опитування, по амбулаторну медичну допомогу через проблеми зі здоров'ям протягом року перед проведенням опитування зверталася третина (33,1%) дорослого населення України, що дещо менше, ніж попереднього року (39,3%).

Середня кількість амбулаторних візитів порівняно з попередніми роками не змінилася, і становить близько 2,3 (рис. 2.1).



**Рис. 2.1.** Відсоток респондентів, що зверталися по амбулаторну допомогу протягом 12 місяців перед проведенням опитування через проблеми зі здоров'ям, та середня кількість візитів серед тих, хто звертався по амбулаторну допомогу: поділ за роками.

Як і в попередні роки, тих, хто звертався до лікарів, дещо більше серед жінок, аніж серед чоловіків, а також серед людей літнього віку, ніж серед молоді (табл. 2.1). Так, серед жінок протягом останніх 12 місяців відвідували лікаря через проблеми зі здоров'ям 37,6%, серед чоловіків – 25,3%. Відсоток тих, хто бодай один раз за рік звертався до лікарів, зростає від 28,8% серед людей віком 18–29 років до 39,5% серед людей старших 60 років.

11 Результати дослідження «(Без)коштовна медицина», 2017 рік. <https://patients.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/free-medicine.pdf>

12 Державна служба статистики України. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2018 році. [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz\\_rik/sat\\_rah\\_oh\\_zd18.xlsx](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz_rik/sat_rah_oh_zd18.xlsx)

13 Goroshko A., Shapoval N., Lai T. (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/381590/ukraine-fp-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/381590/ukraine-fp-eng.pdf)

14 Див. дані поточного та попередніх досліджень «Індекс здоров'я. Україна». <http://health-index.com.ua/>

Між містами й селами значимої різниці в частці тих, хто відвідував лікаря, немає: серед жителів міст до лікарів по амбулаторну допомогу зверталися 33,5%, серед жителів сіл – 32,6%.

За областями, найбільший відсоток тих, хто звертався по амбулаторну допомогу протягом останніх 12 місяців, серед жителів Чернівецької (51,7%), Херсонської (50,6%), Київської (47,9%) і Вінницької (47,9%) областей, найменший – серед жителів Сумської (10,0%), Кіровоградської (17,7%) областей та міста Києва (15,3%).

Порівняно з попереднім роком, частота звернень по амбулаторну допомогу знизилася в усіх соціально-демографічних категоріях, але дещо більшою мірою – серед жінок (на 8,2 в.п.), людей віком 60 років і старших (на 8,7 в.п.), мешканців міст (на 7,8 в.п.) і людей із вищим доходом (на 10,8 в.п. у категорії з доходом домогосподарства понад 2500 грн на одну особу). Якби зниження споживання амбулаторної допомоги було пов'язане виключно із фінансовими причинами, можна було б очікувати найбільшого скорочення серед найбідніших домогосподарств, що за даними опитування не спостерігається. Тому ми можемо припустити, що скорочення споживання амбулаторної допомоги у 2020 р. почасти пов'язане з пандемією COVID-19.

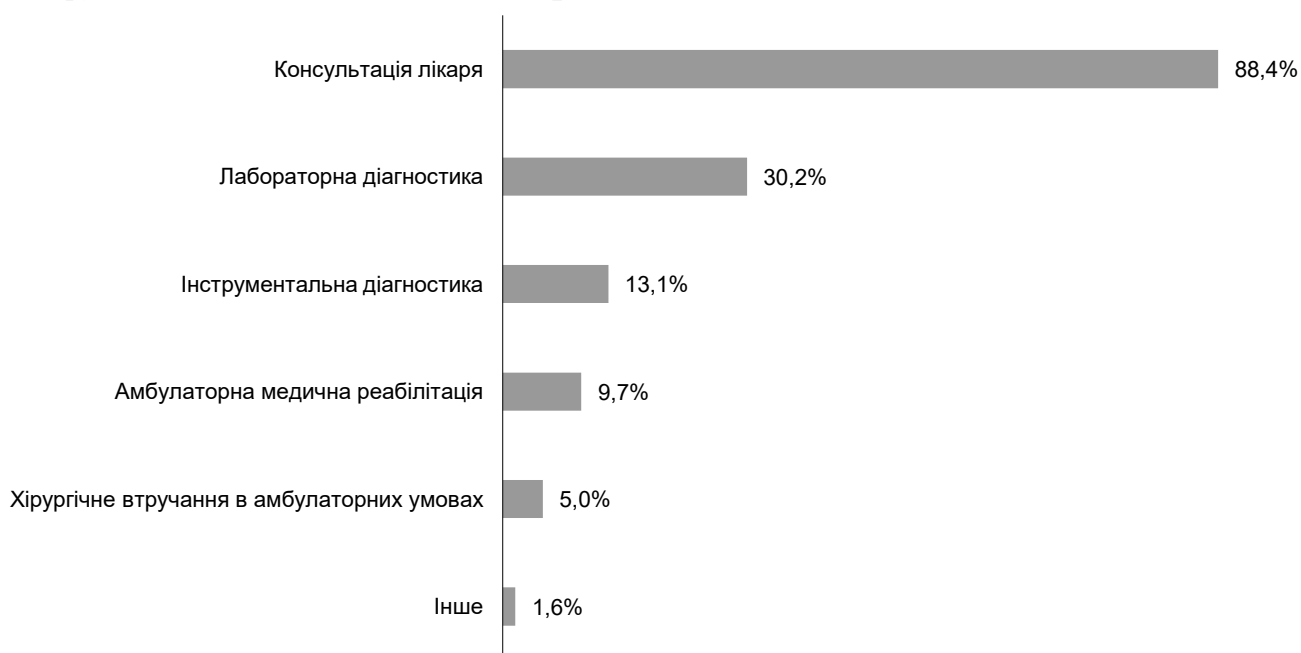
### Таблиця 2.1

Відсоток респондентів, котрі зверталися по амбулаторну допомогу протягом 12 місяців перед опитуванням, та середня кількість візитів серед тих, хто звертався по амбулаторну допомогу: поділ за регіонами й роками обстеження

	Зверталися по амбулаторну медичну допомогу протягом останніх 12 місяців, %					Середня кількість амбулаторних візитів				
	2020	2019	2018	2017	2016	2020	2019	2018	2017	2016
Загалом	33,1	39,3	33,3	36,6	35,8	2,3	2,3	2,3	2,4	2,2
<b>СТАТЬ</b>										
чоловіки	25,3	31,5	27,7	29,7	28,8	2,1	2,2	1,8	2,1	1,8
жінки	37,6	45,8	37,9	42,2	41,6	2,4	2,4	2,5	2,6	2,4
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>										
18–29 років	28,8	35,1	27,6	31,8	30,4	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2
30–44 роки	28,4	34,4	28,4	32,3	31,5	1,9	2,1	1,9	2,2	2,0
4–59 років	32,1	38,1	35,1	36,3	36,5	2,3	2,2	2,2	2,4	2,2
60 років і більше	39,5	48,2	41,1	44,8	43,7	2,6	2,7	2,6	2,9	2,3
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>										
міська	33,5	41,0	33,5	37,1	36,4	2,3	2,4	2,2	2,4	2,2
сільська	32,6	35,4	32,9	35,4	34,5	2,2	2,2	2,3	2,5	2,2
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>										
до 1000 грн	32,7	35,3	29,4	32,9	36,3	2,1	2,7	2,5	2,5	2,4
1001–1500 грн	31,9	40,6	33,5	40,5	39,3	2,2	2,6	2,3	2,6	2,2
1501–2000 грн	41,3	42,2	38,6	42,4	36,7	2,6	2,4	2,4	2,5	2,0
2001–2500 грн	39,4	39,8	39,6	36,9	35,3	2,5	2,3	2,5	2,5	2,2
понад 2500 грн	33,4	44,2	31,3	36,3	30,8	2,2	2,3	2,1	2,3	
<b>РЕГІОН</b>										
Вінницька	47,9	47,5	42,5	39,4	44,4	2,1	2,6	2,2	2,2	2,2
Волинська	36,9	50,3	13,7	21,6	31,9	2,1	2,0	2,5	2,3	3,3
Дніпропетровська	30,2	44,7	46,6	37,6	44,4	2,1	2,6	2,3	2,7	2,0
Донецька	29,1	41,4	30,2	26,3	31,2	2,0	2,2	1,9	1,9	1,5
Житомирська	36,6	49,7	50,8	51,0	39,9	2,9	2,4	3,3	1,9	1,7
Закарпатська	23,0	24,6	30,1	28,1	34,3	2,3	2,1	2,2	2,4	1,8
Запорізька	36,7	48,7	38,7	36,8	45,7	2,5	2,4	1,7	1,6	2,1
Івано-Франківська	36,9	42,7	44,6	41,1	38,0	2,5	2,8	2,3	3,3	2,6
Київська	47,9	40,6	37,0	45,7	44,0	2,4	2,1	2,9	2,4	2,6
Кіровоградська	17,7	15,9	41,2	29,6	24,0	1,4	2,0	1,4	1,6	1,5

Луганська	38,5	35,8	30,6	29,7	23,5	2,5	1,8	1,6	1,5	1,4
Львівська	34,9	37,1	40,9	42,1	34,5	2,1	2,6	1,5	2,0	3,2
Миколаївська	28,3	40,2	26,0	35,9	36,9	1,8	2,0	2,5	1,8	1,8
Одеська	26,4	40,9	27,3	32,7	31,5	2,2	2,3	2,9	2,5	1,9
Полтавська	37,3	36,2	49,7	34,3	54,6	2,5	2,3	2,7	2,9	2,9
Рівненська	38,7	40,1	44,8	54,5	46,6	1,9	2,7	1,9	2,6	2,2
Сумська	10,0	23,0	31,8	23,5	31,4	1,5	2,2	3,3	2,9	2,3
Тернопільська	24,3	22,1	16,1	33,9	20,8	2,0	2,5	2,3	2,9	2,8
Харківська	27,5	35,8	19,3	29,6	35,6	2,4	2,6	1,4	2,2	1,9
Херсонська	50,6	43,1	45,1	42,4	38,2	2,0	1,9	2,0	1,9	1,5
Хмельницька	39,5	41,8	20,4	23,4	28,7	2,3	2,1	2,7	1,8	1,6
Черкаська	42,1	40,4	39,6	47,5	45,2	4,1	2,6	2,7	3,1	2,7
Чернівецька	51,7	44,6	35,4	42,2	38,7	2,4	2,8	3,0	3,3	3,0
Чернігівська	21,7	32,8	32,7	45,9	38,1	1,9	2,2	2,4	2,8	2,0
м. Київ	15,3	43,4	14,8	50,1	24,7	1,7	2,3	2,4	3,5	2,8

Основним видом медичної допомоги під час амбулаторного візиту є консультація лікаря: цей вид медичної допомоги в процесі останнього амбулаторного візиту отримали 88,4% тих, хто звертався. Також значна частка пацієнтів під час амбулаторного візиту отримують діагностичні послуги: лабораторну діагностику під час останнього візиту отримували 30,2%, інструментальну діагностику – 13,1% (рис. 2.2).

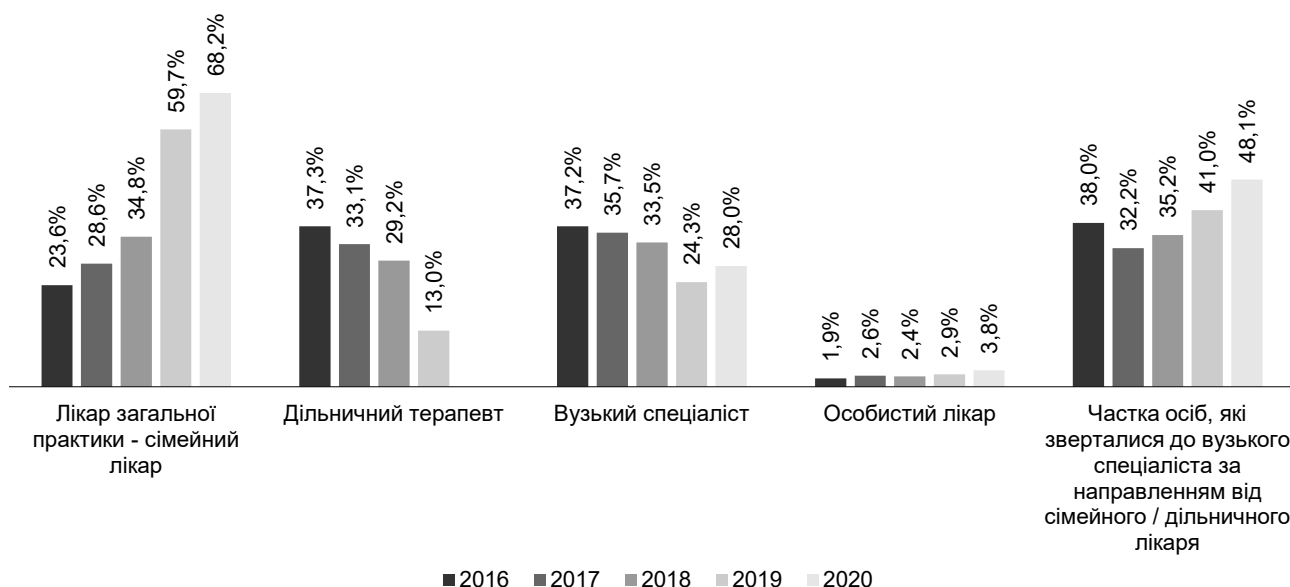


**Рис. 2.2.** Види медичної допомоги, отриманої під час останнього амбулаторного візиту, 2020 р.

## 2.2. Вибір надавача медичної допомоги

Протягом часу дослідження простежується тенденція до зростання частки тих, чий останній амбулаторний візит був до лікаря загальної практики, і скорочення частки тих, хто звертався по амбулаторну допомогу до вузького спеціаліста (рис. 2.3). За даними опитування, у 2020 р. понад дві третини (68,2%) мали останній амбулаторний візит до лікаря загальної практики (сімейного лікаря), тоді як у 2016 р. на сімейних лікарів або дільничних терапевтів припадало 60,9% звернень. Частка тих, чий останній амбулаторний візит був до вузького спеціаліста, зменшилася з 37,2% у 2016 р. до 28,0% у 2020 р.

Продовжує зростати відсоток тих, хто звертається до вузького спеціаліста за направленням від сімейного лікаря, від третини (32,2%) в 2017 р. до майже половини (48,1%) у 2020 р.

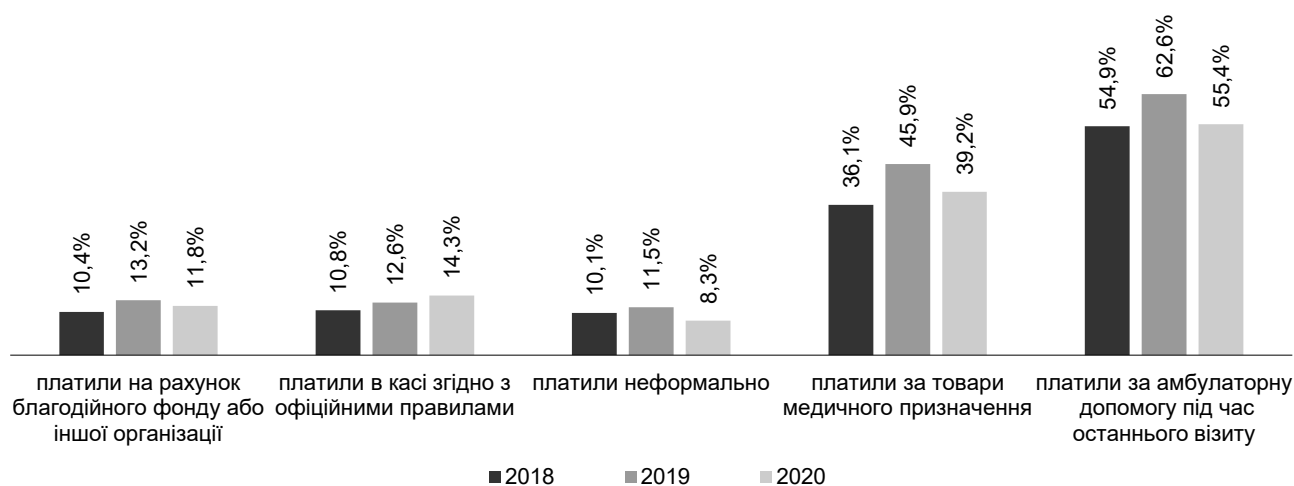


**Рис. 2.3.** Поділ опитаних за типом надавача амбулаторної допомоги під час останнього візиту й відсоток осіб, які зверталися до вузького спеціаліста з направленням, серед тих, хто звертався до вузького спеціаліста: порівняння між роками.

### 2.3. Витрати «з кишені» на амбулаторну допомогу

Близько половини (55,4%) тих, хто звертався по амбулаторну допомогу, під час останнього візиту мали витрати, пов'язані з отриманням цих послуг, зокрема 39,2% платили за товари медичного призначення, 14,3% платили в касі згідно з офіційними правилами, 11,8% сплачували на рахунок благодійного фонду чи іншої організації, і 8,3% платили неформально (рис. 2.4).

Загалом за даними дослідження необхідність платити у зв'язку з отриманням амбулаторної допомоги не зникає. Хоча частка тих, хто під час останнього амбулаторного візиту платив за товари медичного призначення, порівняно з попереднім роком зменшилася, вона залишається на рівні 2017–2018 рр. Поширеність «благодійних внесків» і неформальних платежів, а також частка споживачів амбулаторної допомоги, які оплачували отримані послуги згідно з офіційними правилами, попри деякі коливання, протягом останніх років залишається на одному й тому ж рівні. Тобто загалом сталої тенденції до скорочення поширеності витрат у зв'язку з отриманням амбулаторної допомоги протягом останніх років дослідження не фіксує, і основною формою витрат залишається потреба платити за товари медичного призначення.



**Рис. 2.4.** Оплата «з кишені» за амбулаторний візит: порівняння за роками

Аби зрозуміти мотиви, які спонукають людей вдаватися до неформальних платежів під час отримання амбулаторної медичної допомоги, в дослідженні 2020 р. респондентів, які мали такий досвід, додатково запитували, чому саме вони сплачували готівкою або дарували подарунки за послуги медичного персоналу під час амбулаторного візиту. Відповіді на це запитання подано на **рис. 2.5**.

Загалом за отриманими відповідями більшість тих, хто платив неформально за амбулаторні послуги, вдаються до таких дій із власної волі, через небажання порушувати ustalений порядок чи бажання отримати послуги кращої якості, і відносно менша частка платить неформально на вимогу медичного персоналу. Серед названих причин опитані найчастіше називали бажання отримати якісніші послуги (36,1%) й висловити вдячність (35,0%). Вагома частина «винагороджують» медичних працівників через те, що так заведено (24,3%), або ж вони очікують отримати натомість краще ставлення (22,3%) чи швидший доступ до послуги (22,1%). Відносно менша частка платників відповіли, що вони платили чи робили подарунок на вимогу: 9,8% вказали, що медичний персонал натякав на оплату, 8,3% – що медичний персонал відверто вимагав оплати (**рис. 2.5**). Тобто існування неформальних платежів під час отримання амбулаторної допомоги пов'язане з комплексом причин, серед яких неналежне забезпечення лікарень і лікарів, недостатня якість чи незадовільні умови отримання послуг, ustalені моделі взаємодії між пацієнтом і лікарем, браком професійної етики тощо.



**Рис. 2.5.** Причини неформальної платні за послуги з амбулаторної допомоги, 2020 р.

Як можна побачити з **табл. 2.2**, розмір платні у зв'язку з отриманням амбулаторної допомоги з роками поступово зростає. За даними опитування 2020 р., медіанний розмір платежу на рахунок благодійного фонду становив 100 грн (тобто половина тих, хто сплачував, заплатили менше цієї суми, і половина – більше). Сума, сплачена офіційно в касу, й розмір неформального платежу в половині випадків становив понад 200 грн. Медіанний розмір витрат на товари медичного призначення становить 50 грн. Медіана загального розміру плати за амбулаторну допомогу під час останнього візиту – 100 грн.

**Таблиця 2.2**

Розмір платежу за амбулаторну допомогу під час останнього візиту: порівняння за роками

	Рік опитування		
	2020	2019	2018
Скільки заплатили на рахунок благодійного фонду чи іншої організації, грн			
Медіана	100,0	100,0	50,0
Середнє	395,8	351,9	320,1
Стандартна похибка	83,2	67,0	240,7
Скільки заплатили в касі згідно з офіційними правилами, грн			
Медіана	200,0	200,0	150,0
Середнє	1757,3	1159,5	1012,6
Стандартна похибка	651,5	157,1	301,7
Скільки заплатили лікареві неформально, грн			
Медіана	200,0	200,0	150,0
Середнє	623,0	639,0	379,5
Стандартна похибка	125,6	121,8	90,7
Скільки заплатили за товари медичного призначення, грн			
Медіана	50,0	60,0	50,0
Середнє	273,7	211,8	133,1
Стандартна похибка	35,1	20,3	15,4
Скільки заплатили за амбулаторну допомогу в будь-якому вигляді, грн			
Медіана	100,0	70,0	50,0
Середнє	766,5	531,5	394,4
Стандартна похибка	180,4	47,5	104,3

Дані проведеного опитування свідчать, що в багатьох випадках плата за амбулаторну допомогу («благодійні внески», неформальні платежі) не є добровільною: серед тих, хто платив на рахунок благодійного фонду чи іншої організації, половина (49,5%) робили це на вимогу, 50,5% – добровільно; серед тих, хто платив лікареві неформально, 28,3% вказали, що від них вимагали плату, у 71,7% – ні. Частина респондентів казали, що в них вимагали плату за амбулаторну допомогу, але вони не сплачували: серед тих, хто не платив на рахунок благодійного фонду чи іншої організації, таку плату вимагали в 1,5%; серед тих, хто не платив неформально, таку плату вимагали у 2,2%. Тобто у сфері отримання амбулаторної допомоги наявні як вимога додаткової плати, так і добровільна сплата, і лише невеликий відсоток отримувачів амбулаторної допомоги відмовлявся платити з кишені, коли стикався з такою вимогою.

Порівняно з попередніми роками можна відзначити певне зменшення частки тих, хто платив на рахунок благодійного фонду на вимогу, тобто трохи збільшилася частка тих, хто платив добровільно, але загалом кардинальних змін у цьому аспекті дослідження не фіксує (табл. 2.3).

**Таблиця 2.3**

Частка осіб, у кого вимагали плату за амбулаторну допомогу: порівняння за роками

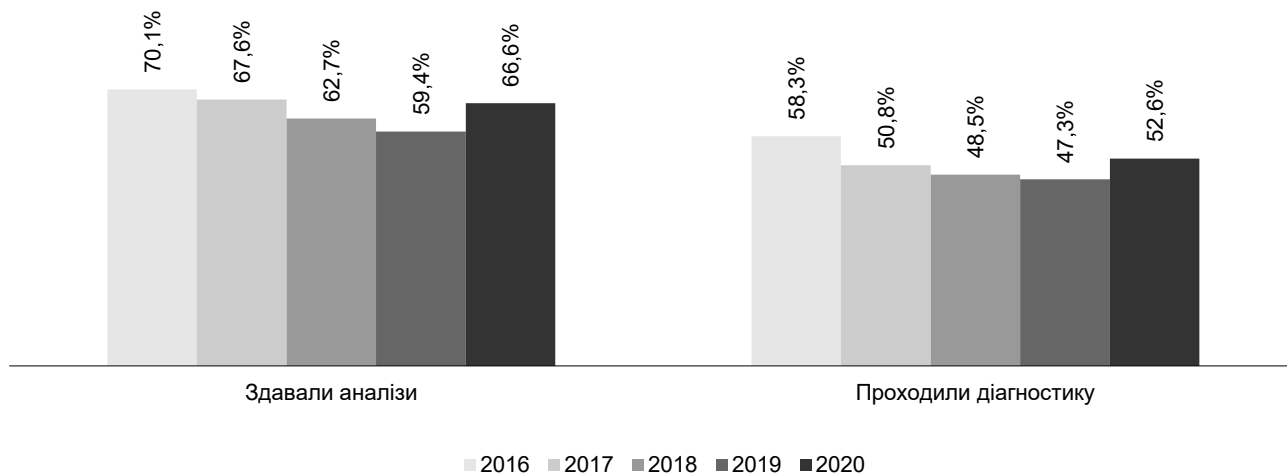
		Рік опитування				
		2020	2019	2018	2017	2016
серед тих, хто платив на рахунок благодійного фонду чи іншої організації	%	49,5	59,8	57,5	64,6	57,0
	N	380	482	343	564	655
серед тих, хто не платив на рахунок благодійного фонду чи іншої організації	%	2,2	2,5	2,1	2,5	2,0
	N	2878	3413	3136	3280	2917
серед тих, хто платив лікареві неформально	%	28,3	50,3	30,9	34,7	28,6
	N	269	380	282	334	346
серед тих, хто не платив лікареві неформально	%	1,5	2,0	2,1	2,3	1,5
	N	3006	3421	3095	3458	3463

Щоб оцінити сукупні витрати на амбулаторну допомогу й те, наскільки такі витрати вагомі для середньомісячного сімейного бюджету, респондентів просили пригадати, скільки всього вони витратили з власної кишені на візити до лікаря (амбулаторну допомогу), не включаючи оплату проїзду, транспортування швидкою й медикаменти за останні 30 днів.

За даними 2020 р., серед усіх опитаних витрати на амбулаторну допомогу протягом останніх 30 днів мали 5,7%, серед тих, хто звертався по амбулаторну допомогу, – 10,9%. Медіанний розмір витрат на амбулаторну допомогу протягом останніх 30 днів становив 475 гривень (середнє – 1245 грн). У середньому частка витрат на амбулаторне лікування серед тих, хто мав такі витрати протягом останніх 30 днів, становила майже чверть (23,5%) доходу домогосподарства.

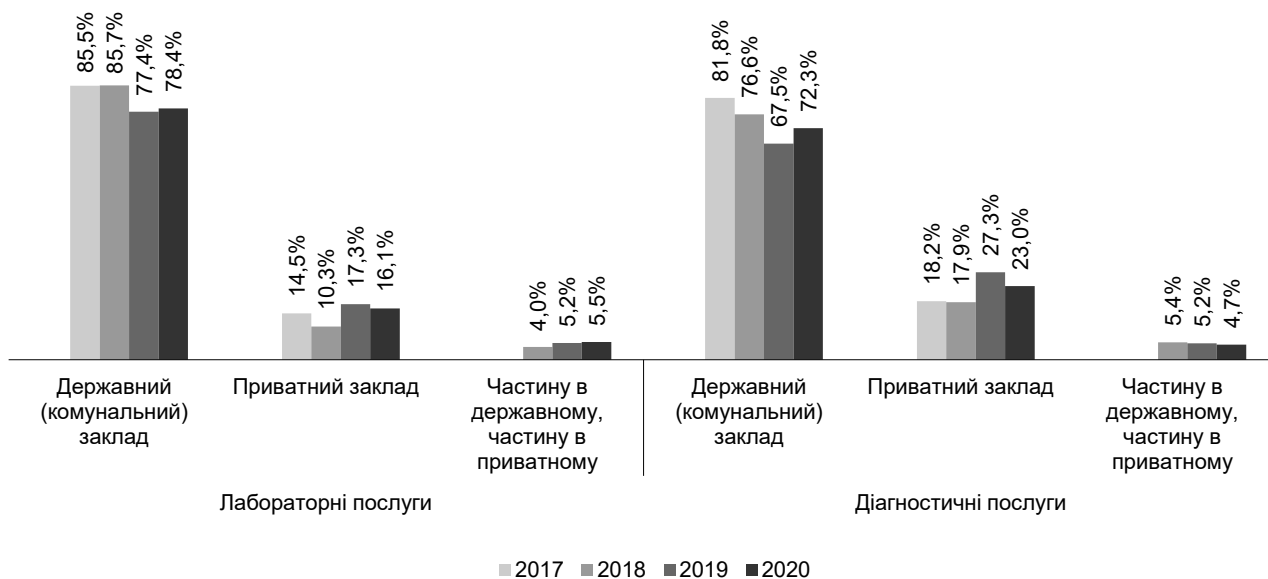
## 2.4. Проходження лабораторних і діагностичних обстежень

У попередні роки простежувалася тенденція до зменшення частки тих, хто здавав аналізи чи проходив діагностику у зв'язку з отриманням амбулаторної медичної допомоги, проте в 2020 р. споживання лабораторно-діагностичних послуг дещо зросло (**рис. 2.6**). За даними дослідження, дві третини (66,6%) споживачів амбулаторної допомоги здавали аналізи, що на 7,2 в.п. більше, ніж попереднього року. Частка тих, хто проходив діагностику, збільшилася на 5,3 в.п., із 47,3% в 2019 р. до 52,6% у 2020 р.



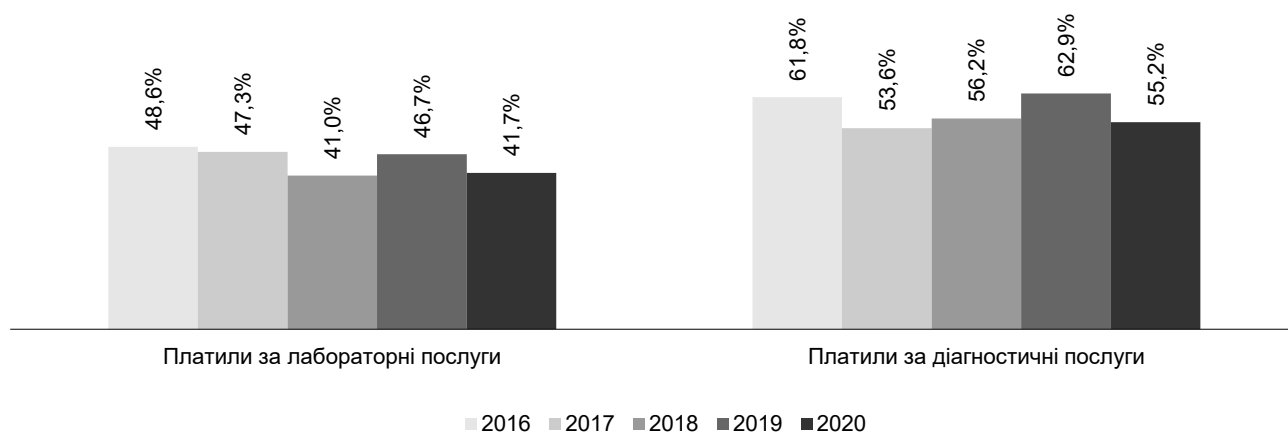
**Рис. 2.6.** Споживання лабораторних і діагностичних послуг протягом останніх 12 місяців: порівняння за роками

Як і в попередні роки, більшість тих, хто здавав аналізи чи проходив діагностичні дослідження, отримували ці послуги в державних закладах. За даними 2020 р., всі аналізи здавали в державному або комунальному закладі 78,4%, отримували діагностичні послуги – 72,3% (**рис. 2.7**).



**Рис. 2.7.** Тип надавача лабораторних і діагностичних послуг: порівняння за роками

Серед тих, хто протягом останнього року здавав аналізи, 41,7% платили за ці послуги і 58,3% отримали їх безкоштовно. За діагностичні послуги платили 55,2%, отримали безкоштовно – 44,8%. Порівняно з попереднім роком частка платників за лабораторні та діагностичні послуги трохи зменшилася, але в цілому попри деякі коливання суттєвих змін у цьому аспекті дослідження не фіксує (**рис. 2.8**).



**Рис. 2.8.** Частка платників за лабораторні та діагностичні послуги серед споживачів відповідних послуг: порівняння за роками

Вартість лабораторних і діагностичних послуг зростає з кожним роком (**табл. 2.4**). У 2020 р. медіанний розмір платні за аналізи становив 250 грн, за діагностичні послуги – 300 грн.



**Таблиця 2.4**

Розмір платежу за лабораторні чи діагностичні послуги: порівняння за роками

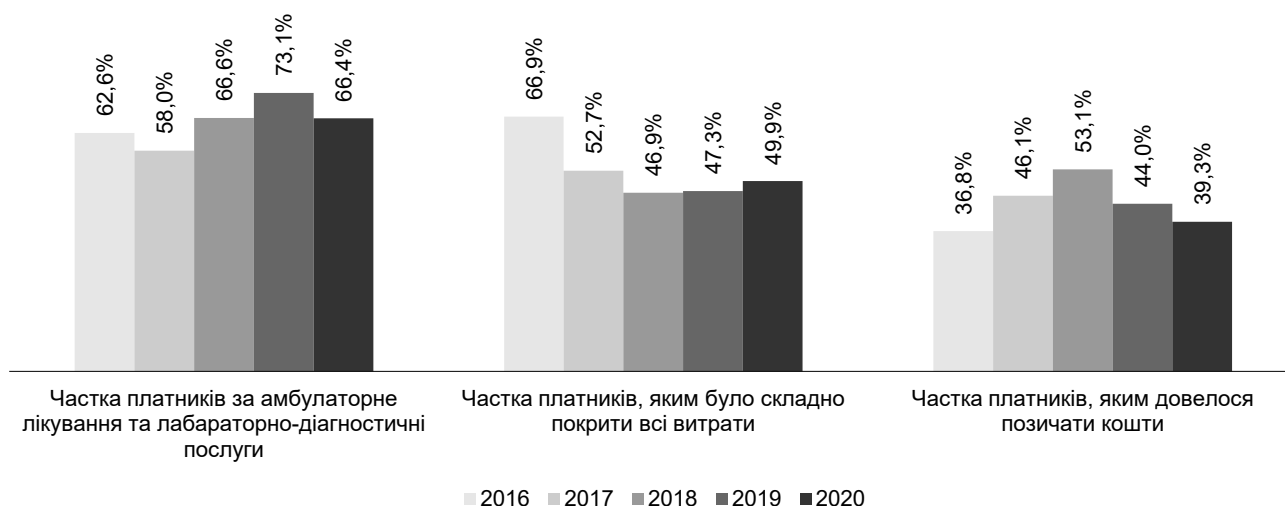
	Рік опитування				
	2020	2019	2018	2017	2016
Скільки заплатили за лабораторні послуги, грн					
Медіана	250,0	200,0	100,0	60,0	60,0
Середнє	529,1	471,5	269,2	244,7	182,5
Стандартна похибка	31,6	31,6	24,0	18,7	12,5
Скільки заплатили за діагностичні послуги, грн					
Медіана	300,0	250,0	170,0	150,0	120,0
Середнє	603,8	620,3	379,9	327,4	273,8
Стандартна похибка	34,8	34,2	28,9	18,4	15,2

## 2.5. Фінансовий тягар

За даними 2020 року, дві третини (66,4%) споживачів амбулаторної допомоги платили за візит до лікаря та/або лабораторно-діагностичні послуги. Порівняно з попереднім роком частка платників серед споживачів амбулаторної допомоги трохи зменшилася, проте все одно залишається значною (**рис. 2.9**).

Частка тих, кому було складно покрити всі витрати, не змінилася порівняно з минулим роком і залишається доволі вагомою: майже половина (49,9%) тих, хто платив за амбулаторне лікування, вказали, що їм було складно покрити ці витрати.

Частка платників, яким довелося позичати кошти для оплати всіх витрат, продовжує зменшуватися (із 53,1% у 2018 р. до 44,0% у 2019 р. та 39,3% у 2020 р.). Водночас сума позичених коштів з кожним роком збільшується (**табл. 2.5**) відповідно до зростання розміру витрат, пов'язаних з лікуванням. Тобто можна відзначити, що фінансовий тягар, пов'язаний з отриманням амбулаторної допомоги, залишається значним.



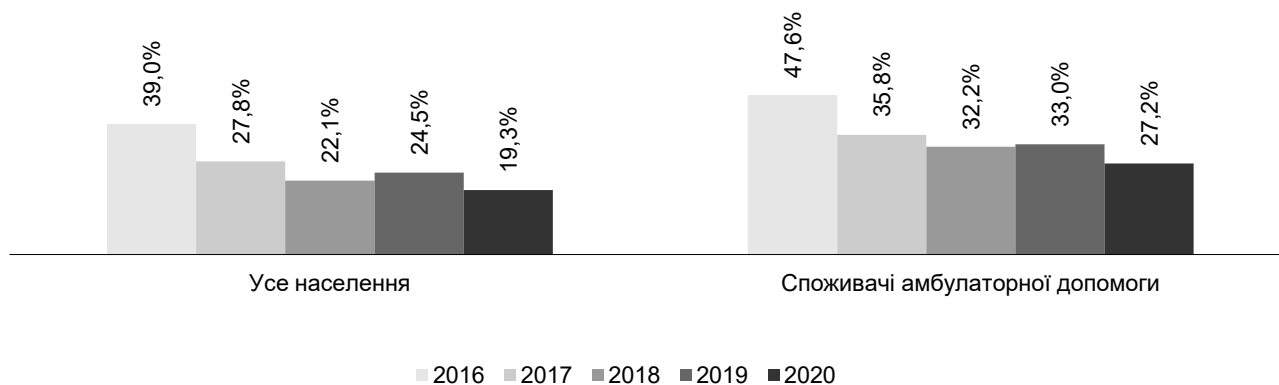
**Рис. 2.9.** Спроможність сплатити за амбулаторне лікування та лабораторно-діагностичні послуги серед споживачів: порівняння за роками

**Таблиця 2.5**

Сума позичених коштів, щоб покрити витрати на амбулаторне лікування: порівняння за роками

	Рік опитування				
	2020	2019	2018	2017	2016
Особи, які мали позичити кошти, щоб покрити всі витрати (серед платників), %	39,3	44,0	53,1	46,1	36,8
Сума позичених коштів, щоб покрити витрати на амбулаторне лікування, грн					
Медіана	2 500,0	2 000,0	1 500,0	1 000,0	1 000,0
Середнє	6 566,3	8 065,0	2 968,6	3 243,4	2 192,2

Близько п'ятої частини (19,3%) дорослого населення протягом останніх 12 місяців були хворі, але не відвідали лікаря через брак коштів. Серед споживачів амбулаторної допомоги відсоток тих, хто мав досвід вимушеної відмови від амбулаторної допомоги через брак коштів протягом року, становить 27,2%. Порівняно з попередніми роками відсоток вимушених відмов від амбулаторної допомоги продовжує знижуватися, що є позитивною тенденцією (рис. 2.10).



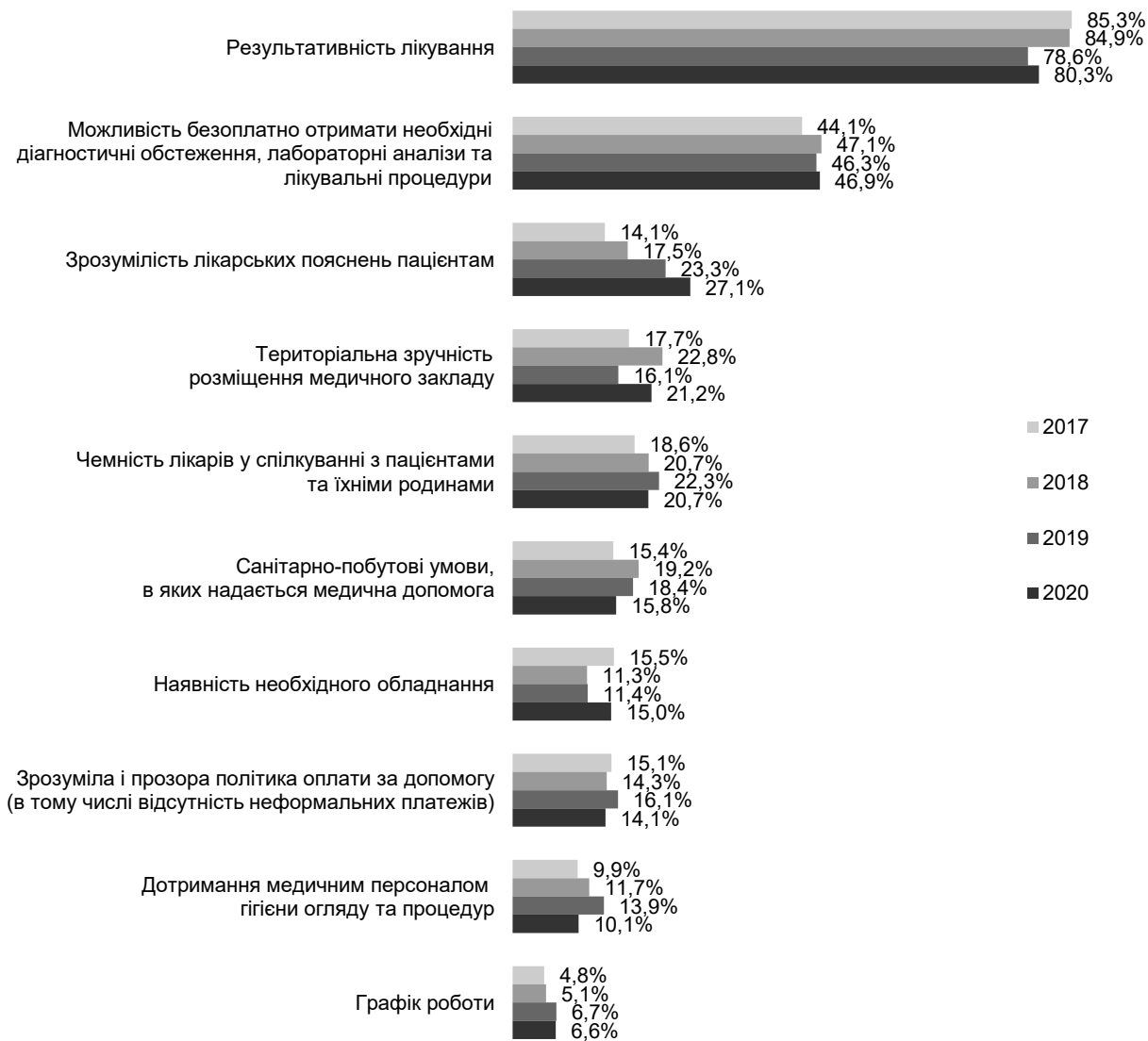
**Рис. 2.10.** Вимушена відмова від амбулаторної допомоги через брак коштів: порівняння за роками

## 2.6. Оцінювання аспектів амбулаторної допомоги

Уявлення споживачів про найважливіші аспекти надання амбулаторної медичної допомоги залишаються доволі сталими (рис. 2.11).

Найважливішим аспектом амбулаторної допомоги для жителів країни, як і раніше, є результативність лікування (80,3%). Друге місце посідає можливість отримати безоплатно діагностичні процедури, лабораторні аналізи та лікувальні процедури (46,9%).

Відносно менш важливими, за відповідями споживачів амбулаторної допомоги, є такі аспекти, як зрозумілість лікарських пояснень (серед трьох найважливіших цей варіант обрали 27,1%, і актуальність цього аспекту зростає), територіальна зручність розміщення медичного закладу (21,2%), чемність лікарів у спілкуванні з пацієнтами (20,7%), санітарно-побутові умови (15,8%), наявність необхідного обладнання (15,0%), зрозуміла й прозора політика оплати за допомогу (14,1%), дотримання медичним персоналом гігієни огляду і процедур (10,1%) та графік роботи (6,6%).



**Рис. 2.11.** Найважливіші аспекти надання амбулаторної допомоги (серед тих, хто звертався по амбулаторну допомогу за останні 12 місяців): поділ за роками (можна обрати до трьох відповідей)

Отже, у підсумку можна відзначити, що попри певне скорочення частки тих, хто звертався по амбулаторну допомогу в поточному році порівняно з попереднім (із 39,3% у 2019 р. до 33,1% у 2020 р.), споживання амбулаторної допомоги населенням України протягом часу дослідження залишається на приблизно однаковому рівні.

За типом надавача амбулаторної допомоги більшість звернень, як і раніше, припадає на лікарів загальної практики, і звернення до вузьких спеціалістів без направлення поступово стають менш поширеними.

Отримані дані свідчать про певні поліпшення в аспекті фінансової доступності амбулаторної допомоги. Порівняно з минулим роком дещо зменшилася частка осіб, які платили за амбулаторну допомогу, зокрема скоротилася частка тих, хто платив неформально чи платив за товари медичного призначення під час останнього амбулаторного візиту, та частка тих, хто платив за лабораторні чи діагностичні послуги серед тих, хто їх отримував.

Серед позитивних тенденцій також можна відзначити поступове зменшення відсотка вимушених відмов від амбулаторної допомоги через брак коштів порівняно із 2016 р. – майже на 20 в.п., і, за останнім заміром, до таких дій протягом останніх 12 місяців вдавалися 19,3% дорослого населення.

Отже, можна зауважити певні позитивні зрушення, пов'язані із фінансовою доступністю амбулаторної допомоги, хоча фінансовий тягар, пов'язаний з її отриманням, залишається відчутним, особливо для вразливих категорій населення (людей старшого віку й тих, хто має поганий стан здоров'я і низький рівень доходів).

## РОЗДІЛ 3. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

### Основні результати:

- частка осіб, які мали досвід госпіталізації, зменшилася порівняно з попереднім роком і є найменшою за весь період спостережень: за даними опитування, 9,2% респондентів мали випадки госпіталізації протягом року, що передувало опитуванню, що на 4,3 в.п. менше, ніж у 2019 р.;
- попри деякі коливання, основні способи направлення на госпіталізацію залишаються незмінними протягом усього часу дослідження. Серед тих, хто мав досвід госпіталізації протягом останніх 12 місяців, переважна більшість (47,7%) були направлені на останню госпіталізацію лікарем, 26,6% – бригадою швидкої допомоги, 18,2% наполягли на госпіталізації за власним рішенням і 7,6% мали повторну чи планову госпіталізацію;
- основними надавачами стаціонарних медичних послуг, як і в попередні роки, є міські / районні (70,3%) та обласні лікарні (22,1%);
- переважна більшість (83,1%) пацієнтів лікарень під час останньої госпіталізації змушені були сплачувати за ті чи інші послуги стаціонарної допомоги (86,1% у 2019 р.). Розмір платежів за стаціонарну допомогу порівняно з попереднім роком трохи збільшився. Медіанне значення оплати на рахунок благодійного фонду нині становить 200 грн, витрат на товари медичного призначення – 200 грн, неформальної плати лікареві – 600 грн, офіційної оплати – 700 грн;
- практично всі госпіталізовані (95,2%) проходили діагностику чи здавали аналізи під час останньої госпіталізації протягом останніх 12 місяців, що не відрізняється від значень попередніх років. Сплачували за лабораторно-діагностичні послуги під час госпіталізації близько половини (51,1%) тих, хто їх отримували. Порівняно з попереднім роком розмір витрат на лабораторно-діагностичні послуги практично не змінився (медіанне значення – 400 грн);
- більше половини (59,5%) платників вказали, що їм було складно покрити всі витрати на стаціонарне лікування (проти 53,8% у 2019 р.);
- близько 8,1% дорослого населення протягом останніх 12 місяців потребували стаціонарного лікування, але не були госпіталізовані через брак коштів. Порівняно з попереднім роком відсоток вимушених відмов від госпіталізації через брак коштів трохи зменшився (11,2%).

Стаціонарна медична допомога порівняно з амбулаторною передбачає цілодобове перебування пацієнта в лікарні під постійним наглядом медичних працівників і, як правило, є більш високоякісною.

Дані попередніх досліджень «Індекс здоров'я. Україна» свідчать про поширеність витрат із кишені під час отримання стаціонарної допомоги, при цьому в багатьох випадках плата за стаціонарну допомогу не є добровільною<sup>15</sup>. Через значну поширеність неформальних платежів лікування може призводити до фінансових труднощів для багатьох людей, особливо для бідних і тих, хто постійно потребує медичної допомоги, наприклад, людей із хронічними захворюваннями. Станом на 2015 р., витрати на стаціонарну допомогу й ліки були основними причинами катастрофічних витрат на медицину в Україні, тобто ситуацій, коли витрати на охорону здоров'я забирають настільки значний відсоток доходів домогосподарства, що людям доводиться скорочувати витрати на базові потреби, такі як їжа чи одяг<sup>16</sup>.

На ситуацію із споживанням стаціонарної допомоги у 2020 р. могла вплинути епідемія COVID-19. На час опитування навантаження на лікарні, пов'язане зі стаціонарним лікуванням пацієнтів з COVID-19, було помірним. Станом на 1 жовтня 2020 р., в Україні було підтверджено близько 213 тисяч випадків захворювання на COVID-19, у лікарнях перебувало близько 15 тисяч хворих на коронавірусну хворобу, завантаженість ліжок для пацієнтів із COVID-19 становило 50,8%. Водночас епідемія COVID-19 могла також вплинути

<sup>15</sup> Проект «Індекс здоров'я. Україна». <http://health-index.com.ua/>

<sup>16</sup> Goroshko A., Sharoval N., Lai T. (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/381590/ukraine-fp-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/381590/ukraine-fp-eng.pdf)

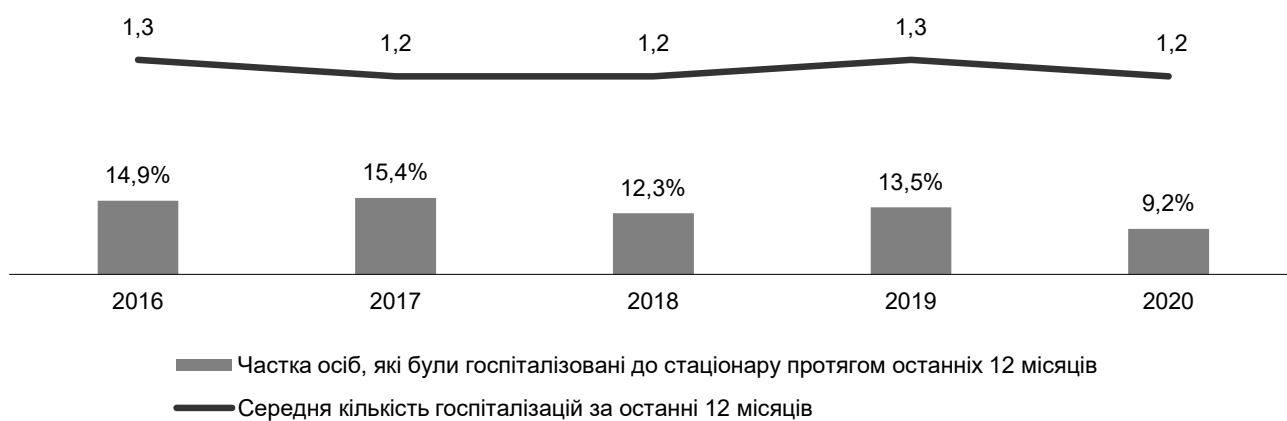
на споживання стаціонарної допомоги іншими хворими, зокрема через обмеження планових госпіталізацій або через відмову частини пацієнтів від госпіталізації через страх захворіти на COVID-19.

Дані дослідження щодо досвіду отримання стаціонарної допомоги й далі дають змогу відстежувати зміни у практиках споживання стаціонарної допомоги дорослим населенням України та оцінювати фінансовий тягар госпіталізації для домогосподарств.

### 3.1. Звернення по стаціонарну допомогу

За даними опитування 2020 р., протягом 12 місяців, що передували опитуванню, 9,2% опитаних були госпіталізовані принаймні один раз, а 90,8% не мали випадків госпіталізації впродовж року. Порівняно з попередніми опитуваннями частка осіб, які мали досвід госпіталізації, зменшилася і є найменшою за весь період спостережень (**рис. 3.1**).

Середня кількість госпіталізацій на одного госпіталізованого становить 1,2 і залишається практично незмінною протягом усього часу дослідження.



**Рис. 3.1.** Споживання стаціонарної медичної допомоги в Україні: порівняння за роками (відсоток тих, хто вказав, що вони мали досвід госпіталізації протягом останніх 12 місяців)

Залежності між споживанням стаціонарної медичної допомоги й соціально-демографічними характеристиками залишаються подібними протягом усього часу дослідження (дані щодо споживання стаціонарної медичної допомоги за соціально-демографічними групами за даними досліджень 2016–2020 рр. наведені в **табл. 3.1**).

Як і в попередніх дослідженнях, відсоток тих, хто був госпіталізований протягом минулого року, трохи вищий серед жінок (10,1%), аніж чоловіків (7,6%), а також серед осіб, старших 60 років (13,2%), аніж у молодших вікових категоріях (6,6% серед осіб віком 18–29 років, 6,4% – віком 30–44 роки, 8,2% – 45–59 років). Також, як і в попередні роки, дослідження не фіксує суттєвої різниці в наявності досвіду госпіталізації залежно від типу місцевості: серед жителів міст про випадки госпіталізації протягом останнього року повідомили 8,8%, сільської місцевості – 9,8% (різниця не є значущою на рівні 0,05).

Порівняно з попереднім роком споживання стаціонарної допомоги приблизно однаковою мірою знизилася в усіх соціально-демографічних категоріях.

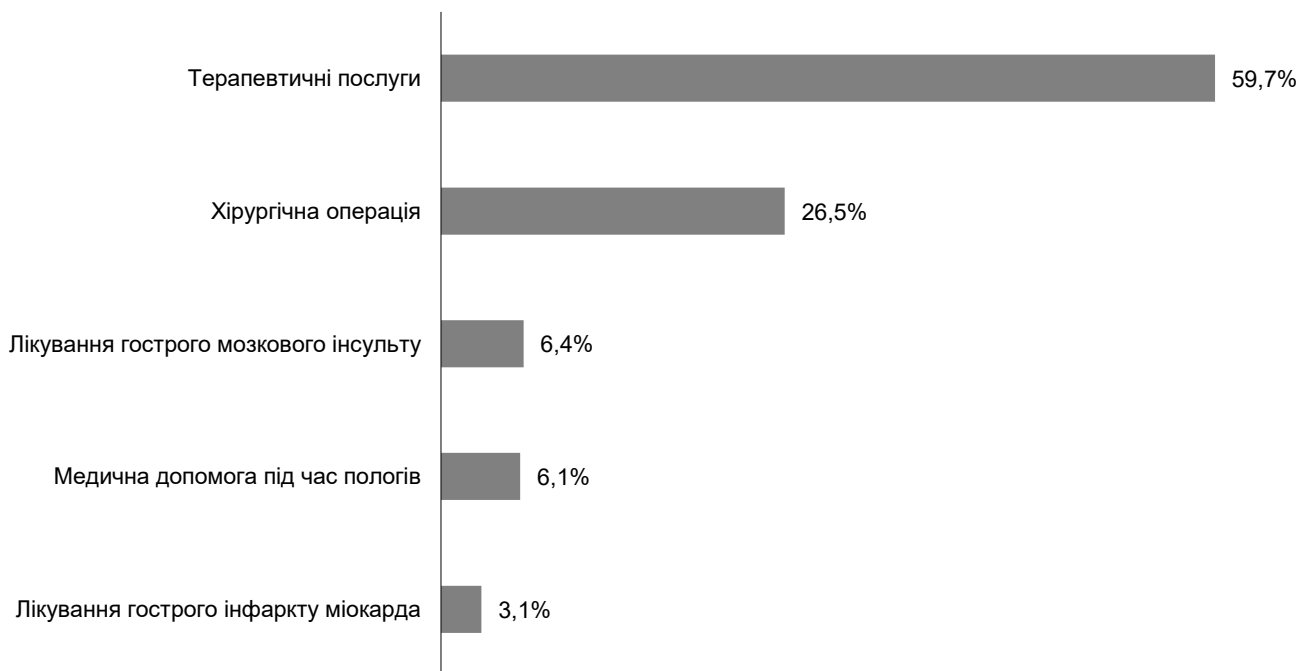
За областями (**табл. 3.1**), найвищий відсоток тих, хто мав випадки госпіталізації, зафіксовано в Київській (13,6%), Запорізькій (13,6%), Харківській (13,5%), Черкаській (13,2%), Хмельницькій (13,0%) областях, найнижчий – в Луганській (1,5%), Сумській (4,3%), Донецькій (4,7%) областях та місті Києві (4,0%). Порівняно з попереднім роком споживання стаціонарної медичної допомоги найбільш помітно знизилася в Дніпропетровській (на 10,0 в.п.), Донецькій (на 9,7 в.п.) областях та м. Києві (на 9,3 в.п.), і практично не змінилося в Закарпатській, Кіровоградській, Полтавській, Хмельницькій областях.

**Таблиця 3.1**

Споживання стаціонарної медичної допомоги за соціально-демографічними характеристиками та областями, 2016–2020 рр.

	Були госпіталізовані до стаціонару протягом останніх 12 місяців, %					Середня кількість госпіталізацій				
	2020	2019	2018	2017	2016	2020	2019	2018	2017	2016
Загалом	9,2	13,5	12,3	15,4	14,9	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3
СТАТЬ										
оловіки	7,6	12,1	10,5	14,1	12,5	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3
жінки	10,1	14,6	13,8	16,5	16,9	1,2	1,3	1,3	1,2	1,4
ВІКОВА ГРУПА										
18–29 років	6,6	11,1	10,8	12,6	11,8	1,2	1,1	1,3	1,3	1,4
30–44 роки	6,4	10,2	8,8	13,5	12,8	1,1	1,3	1,2	1,2	1,2
45–59 років	8,2	14,3	13,1	14,9	15,1	1,3	1,4	1,3	1,2	1,5
60 років і більше	13,2	17,7	16,4	19,9	19,1	1,2	1,4	1,2	1,3	1,3
ТИП МІСЦЕВОСТІ										
міська	8,8	13,5	12,7	15,3	14,4	1,2	1,4	1,2	1,2	1,3
сільська	9,8	13,5	11,6	15,7	16,1	1,1	1,2	1,3	1,3	1,3
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ										
до 1000 грн	8,1	14,2	11,0	17,9	15,6	1,2	1,6	1,4	1,4	1,4
1001–1500 грн	10,6	15,8	13,6	17,6	16,4	1,2	1,3	1,3	1,2	1,3
1501–2000 грн	12,9	14,9	13,9	17,5	14,7	1,1	1,3	1,2	1,2	1,4
2001–2500 грн	12,4	16,5	14,2	14,3	16,3	1,2	1,3	1,4	1,4	1,2
понад 2500 грн	7,5	12,9	10,6	13,9	13,0	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
РЕГІОН										
Вінницька	9,1	16,9	12,8	12,8	20,5	1,1	1,5	1,3	1,2	1,2
Волинська	11,6	16,0	3,9	11,8	14,9	1,4	1,2	1,6	1,2	1,9
Дніпропетровська	6,4	16,4	12,3	19,6	15,6	1,1	1,2	1,3	1,5	1,3
Донецька	4,7	14,4	9,0	14,7	15,3	1,4	1,3	1,2	1,1	1,3
Житомирська	9,3	12,8	22,8	19,1	14,8	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2
Закарпатська	6,6	6,9	10,7	10,7	15,0	1,0	1,4	1,3	1,2	1,2
Запорізька	13,6	16,4	12,2	16,1	17,3	1,1	1,2	1,4	1,1	1,1
Івано-Франківська	10,4	15,9	16,5	18,8	11,8	1,3	1,4	1,3	1,4	1,3
Київська	13,6	18,1	18,9	20,8	19,2	1,1	1,2	1,3	1,2	1,3
Кіровоградська	12,7	11,7	20,3	19,0	17,3	1,0	1,1	1,1	1,1	1,3
Луганська	1,5	7,0	8,4	5,8	11,9	1,0	1,7	1,1	1,3	1,0
Львівська	10,5	12,2	12,1	14,1	16,9	1,1	1,5	1,2	1,4	1,6
Миколаївська	8,7	11,9	10,4	14,3	12,4	1,3	1,1	1,1	1,2	1,2
Одеська	7,1	13,1	8,4	13,0	10,4	1,2	1,4	1,2	1,2	1,4
Полтавська	9,8	10,5	14,6	15,7	15,2	1,3	1,2	1,9	1,4	1,3
Рівненська	9,9	12,5	19,5	18,7	18,8	1,1	1,3	1,2	1,3	1,3
Сумська	4,3	8,8	13,3	12,1	17,0	1,4	1,7	1,2	1,3	1,3
Тернопільська	9,6	16,0	9,0	17,3	9,5	1,2	1,4	1,4	1,3	1,7
Харківська	13,5	15,4	15,2	16,4	12,6	1,2	1,2	1,1	1,1	1,5
Херсонська	9,8	11,2	13,9	13,3	13,9	1,0	1,5	1,1	1,2	1,2
Хмельницька	13,0	11,9	8,3	12,6	11,3	1,3	1,7	1,4	1,1	1,2
Черкаська	13,2	16,1	17,3	25,9	18,4	1,3	1,4	1,3	1,5	1,4
Чернівецька	8,5	13,9	14,0	16,2	14,0	1,4	1,2	1,4	1,5	1,4
Чернігівська	8,8	12,2	12,9	15,4	16,8	1,1	1,3	1,4	1,4	1,5
м. Київ	4,0	13,3	7,6	15,2	14,3	1,1	1,4	1,0	1,1	1,4

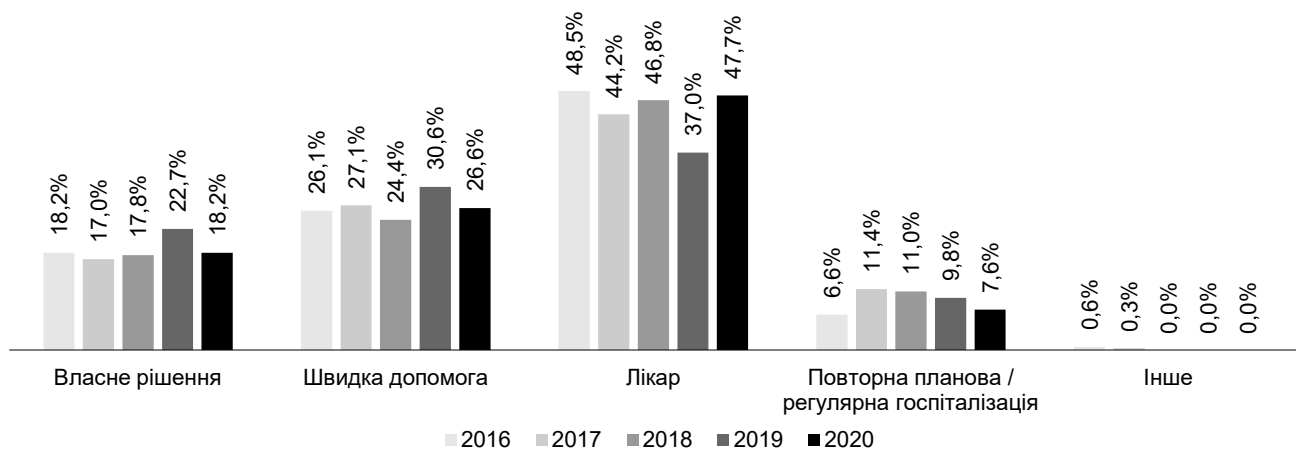
У більшості випадків перебування у стаціонарі пов'язане з лікуванням без хірургічного втручання. За даними опитування, більше половини (59,7%) госпіталізованих під час останньої госпіталізації отримували терапевтичні послуги, чверть – мали хірургічну операцію (26,5%) (рис. 3.2).



**Рис. 3.2.** Види медичної допомоги, яку отримали під час останньої госпіталізації, 2020 р.

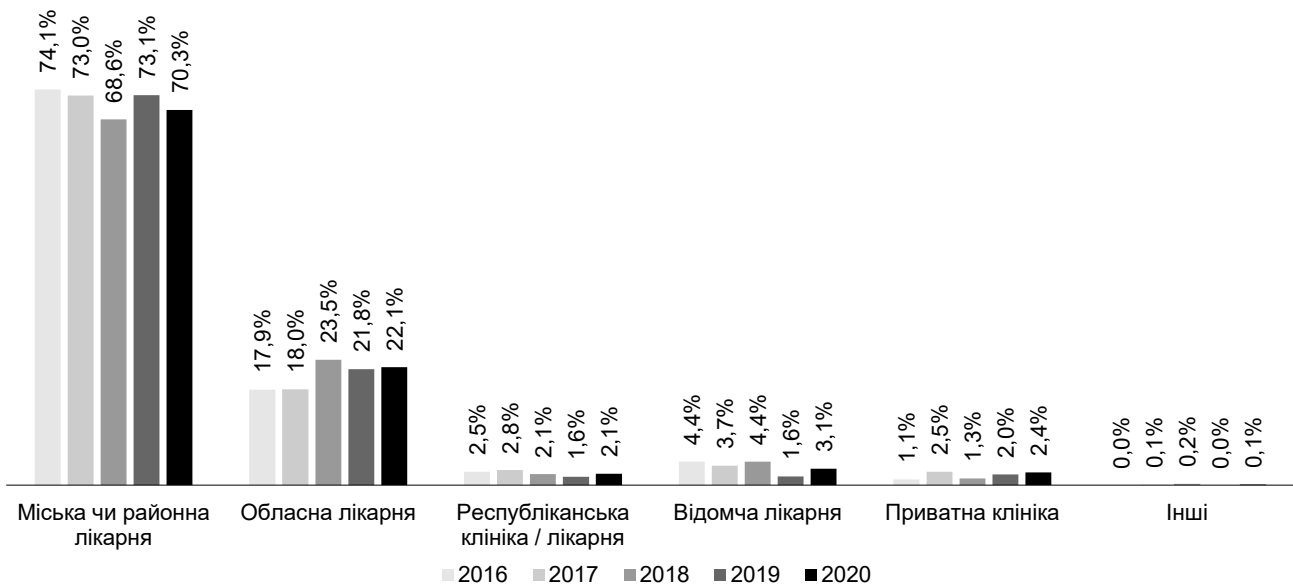
### 3.2. Вибір надавача стаціонарної допомоги

Майже половина тих, хто мав досвід госпіталізації (47,7%), мали для цього направлення від лікаря, 26,6% були доставлені співробітниками екстреної медичної допомоги, 18,2% попросилися до лікарні за власним рішенням, а 7,6% мали планову / регулярну госпіталізацію. Попри деякі коливання, основні способи направлення на госпіталізацію залишаються незмінними протягом усього часу дослідження (**рис. 3.3**).



**Рис. 3.3.** Способи направлення на останню госпіталізацію: порівняння за роками, відсоток серед тих, хто мав досвід госпіталізації протягом останніх 12 місяців

Основним надавачем лікарняних послуг залишаються міські й районні лікарні: до них була госпіталізована абсолютна більшість (70,3%) тих, хто мав випадки госпіталізації. Ще 22,1% були пацієнтами обласних лікарень. Значно менший відсоток лікувався у відомчих (3,1%), республіканських (2,1%) чи приватних (2,4%) медичних закладах. Суттєвої різниці за роками в розподілі типів надавачів стаціонарних послуг не спостерігається (**рис. 3.4**).

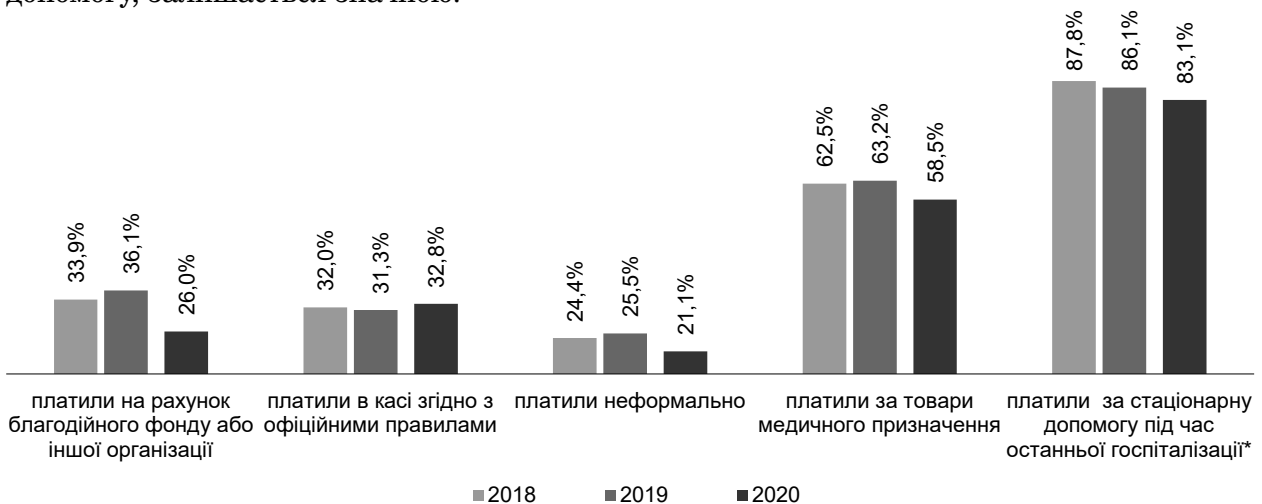


**Рис. 3.4.** Тип надавача стаціонарних медичних послуг під час останньої госпіталізації: порівняння за роками

### 3.3. Витрати «з кишені» на стаціонарне лікування

Дані опитування свідчать, що витрати «з кишені» у зв'язку з отриманням стаціонарної допомоги залишаються поширеними (рис. 3.5). За даними 2020 року, за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації платили 83,1%, зокрема 58,5% тих, хто проходив стаціонарне лікування, під час останньої госпіталізації платили за товари медичного призначення, 32,8% – у касі згідно з офіційними правилами, 26,0% – на рахунок благодійного фонду або іншої організації і 21,1% – неформально («у конверті» з рук у руки) або робили подарунок лікареві чи іншому медичному персоналу.

Порівняно з попереднім роком можна зауважити певне зменшення частки тих, хто платив неформально (на 4,4 в.п., із 25,5% до 21,1%) чи робив «благодійний внесок» під час останньої госпіталізації (на 10,1 в.п., із 36,1% до 26,0%). Також порівняно з попереднім роком трохи зменшилася частка тих, хто платив за товари медичного призначення (на 4,7 в.п., із 63,2% до 58,5%). Відсоток тих, хто платив у касі згідно з офіційними правилами, порівняно з попереднім роком не змінився. Тобто дані опитування свідчать про певне зниження поширеності неофіційних платежів чи внесків, проте частка тих, хто платить за стаціонарну допомогу, залишається значною.



**Рис. 3.5.** Оплата «з кишені» за стаціонарне лікування: порівняння за роками



За даними опитування, більшість тих, хто платив неформально під час госпіталізації, робили це для того, щоб отримати послуги кращої якості або через небажання порушувати усталений порядок. Зокрема, 45,7% відповіли, що вони платили або робили подарунки медичному персоналу, щоб отримати якісніші послуги, 26,6% – щоб отримати краще ставлення, 18,4% – швидший доступ до послуг. Значна частина також платять «за традицією», із вдячності (29,1%) або тому, що так заведено (22,8%), чи соромно не заплатити (14,6%). Відносно менша частина платників відповіли, що вони під час госпіталізації платили або робили подарунок на вимогу: 11,0% вказали, що медичний персонал натякав на оплату, 9,5% – що медичний персонал вимагав оплати (рис. 3.6).



**Рис. 3.6.** Причини неформальних платежів за послуги стаціонарної медичної допомоги, 2020 р.

Як можна побачити з **табл. 3.2**, із часом розмір платежів за стаціонарну допомогу зростає. За даними опитування 2020 р., медіанний розмір платежу на рахунок благодійного фонду чи іншої організації, який респонденти сплачували у зв'язку з отриманням стаціонарної допомоги, становить 200 грн (тобто половина тих, хто платив, заплатили менше цієї суми, половина – більше). Приблизно стільки ж (200 грн) становить медіанне значення витрат на товари медичного призначення. Розмір неформального платежу в половині випадків перевищував 600 грн, сума, сплачена офіційно в касу, – 700 грн.

**Таблиця 3.2**

Розмір платежу за стаціонарне лікування під час останньої госпіталізації: порівняння за роками

	Рік опитування		
	2020	2019	2018
Скільки запитали на рахунок благодійного фонду чи іншої організації, грн			
Медіана	200,0	200,0	100,0
Середнє	893,9	801,5	624,0
Стандартна похибка	187,6	122,3	255,5
Скільки запитали в касі згідно з офіційними правилами, грн			
Медіана	700,0	500,0	400,0
Середнє	5253,4	5196,8	11276,2
Стандартна похибка	695,0	1257,9	10772,9
Скільки запитали лікарю неформально, грн			
Медіана	600,0	500,0	500,0
Середнє	2942,4	2021,3	2847,9
Стандартна похибка	566,2	298,9	670,8
Скільки запитали за товари медичного призначення, грн			
Медіана	200,0	200,0	100,0
Середнє	963,4	567,9	372,8
Стандартна похибка	294,9	66,1	32,9
Скільки запитали за стаціонарне лікування в будь-якому вигляді, грн			
Медіана	330,0	300,0	200,0
Середнє	3369,3	2836,5	4812,9
Стандартна похибка	443,4	433,1	3573,2

Як і в попередні роки, частина споживачів стаціонарної допомоги платять неформально або роблять «благодійні внески», оскільки цього від них вимагає надавач послуг, і частина робить це добровільно. За даними опитування 2020 р., серед тих, хто платив на рахунок благодійного фонду або іншої організації, понад половина (58,6%) робили це на вимогу, 41,4% – добровільно; серед тих, хто платив лікарю неформально, 49,7% вказали, що від них вимагали плату, у 50,3% – ні.

Також, як і в попередні роки, частина госпіталізованих відмовляються платити, коли стикаються з вимогою зі сторони медичних працівників. За відповідями респондентів, серед тих, хто не платив на рахунок благодійного фонду або іншої організації під час останньої госпіталізації, таку плату вимагали у 5,4%, серед тих, хто не платив лікарю неформально, таку плату вимагали у 3,0%. Порівняно з попередніми роками суттєвих змін у цьому аспекті дослідження не фіксує (табл. 3.3).

**Таблиця 3.3**

Частка осіб, у кого вимагали плату за стаціонарне лікування: порівняння за роками

Частка осіб, серед тих, хто		Рік опитування				
		2020	2019	2018	2017	2016
платив на рахунок благодійного фонду або іншої організації	%	58,6	69,4	67,0	66,9	62,9
	N	210	393	384	478	552
не платив на рахунок благодійного фонду або іншої організації	%	5,4	5,2	4,6	5,3	3,0
	N	594	782	704	916	887
платив лікарю неформально	%	49,7	53,8	51,7	54,6	35,8
	N	165	250	211	271	317
не платив лікарю неформально	%	3,0	5,0	4,1	3,2	2,3
	N	627	872	808	1016	1016

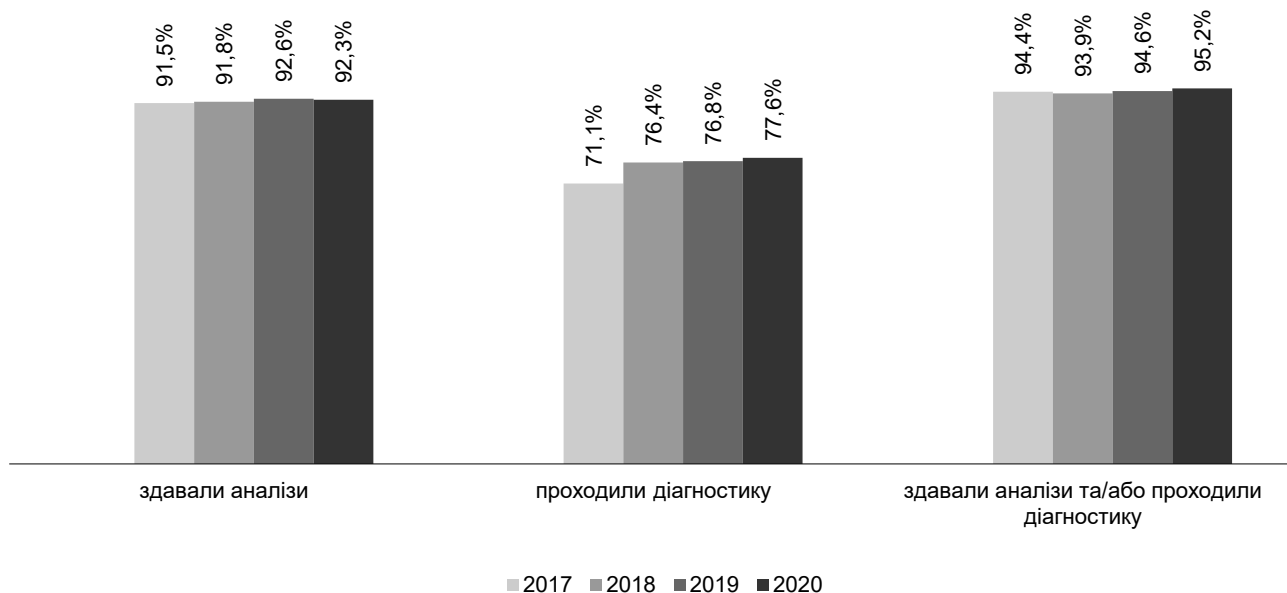
Щоб оцінити сукупні витрати на стаціонарне лікування й те, наскільки такі витрати вагомі для щомісячного сімейного бюджету, респондентів просили пригадати, скільки всього вони витратили з власної кишені на госпіталізації (не включаючи оплату проїзду, транспортування швидкою й медикаменти) за останні 30 днів.

За даними 2020 р., витрати на госпіталізації протягом останніх 30 днів мали близько 2,2% усіх опитаних, не мали – 97,8%. Серед тих, хто платив за стаціонарне лікування протягом останніх 30 днів, середній розмір цих витрат становив 3166 грн, медіанне значення – 1000 грн. Як і в попередні роки, розмір витрат на госпіталізації трохи вищий у містах (середнє – 4117 грн, медіана – 1500 грн), ніж у сільській місцевості (середнє – 2081 грн, медіана – 625 грн), і практично не залежить від віку й рівня доходів.

Витрати на стаціонарне лікування є суттєвими для сімейного бюджету. За даними опитування, ті, хто платив за госпіталізації протягом останніх 30 днів, у середньому витратили на це майже дві третини (67,8%) сукупного доходу домогосподарства. Найбільш відчутними ці витрати є для людей старшого віку й тих, хто має нижчий рівень доходів: серед людей віком 60 років і старших, які мали витрати на госпіталізації протягом останнього місяця, ці витрати в середньому були більшими, ніж сукупний дохід домогосподарства (112,3%), а серед тих, чий дохід становить до 2500 грн на особу, витрати на госпіталізації становили понад три чверті місячного доходу (81,8%). Це означає, що витрати на госпіталізації залишаються суттєвим фінансовим тягарем для домогосподарств, особливо з невисоким рівнем доходів і високою потребою в лікуванні, що може призводити до відмови чи зволікання з лікуванням або погіршення фінансового становища домогосподарства через необхідність використовувати заощадження чи позичати кошти в разі потреби в госпіталізації.

### 3.4. Лабораторні та діагностичні дослідження під час госпіталізації

Абсолютна більшість тих, хто мав випадки госпіталізації протягом останніх 12 місяців, проходили діагностику чи здавали аналізи під час останньої госпіталізації. За даними опитування 2020 р., аналізи під час останньої госпіталізації здавали 92,3%, проходили діагностику – 77,6% і будь-що з цього мали 95,2%. Порівняно з попередніми дослідженнями, відсоток тих, хто проходив лабораторні та/або діагностичні дослідження під час госпіталізації, не змінився (рис. 3.7).



**Рис. 3.7.** Споживання лабораторно-діагностичних послуг під час останньої госпіталізації: порівняння за роками (відсоток тих, хто мав досвід госпіталізації протягом останніх 12 місяців)

За лабораторно-діагностичні послуги під час останньої госпіталізації платили близько половини (51,1%) тих, хто їх отримував, зокрема 32,9% платили за аналізи, 49,3% – за діагностику. Порівняно з попереднім дослідженням відсоток тих, хто платив за лабораторно-діагностичні послуги, практично не змінився (рис. 3.8).



**Рис. 3.8.** Частка тих, хто сплачував за лабораторно-діагностичні послуги під час останньої госпіталізації: порівняння за роками (відсоток серед тих, хто отримував відповідну послугу під час госпіталізації).

За даними дослідження 2020 року, середній розмір платежу за лабораторні послуги під час госпіталізації становив 492 грн, медіанний – 300 грн. Вартість діагностики в середньому становила 840 грн (медіана – 300 грн). Середній розмір платежу за лабораторно-діагностичні послуги під час останньої госпіталізації становить 931 грн (медіана – 400 грн).

Порівняно з попереднім роком, розмір витрат на лабораторно-діагностичні послуги практично не змінився (**табл. 3.4**).

**Таблиця 3.4**

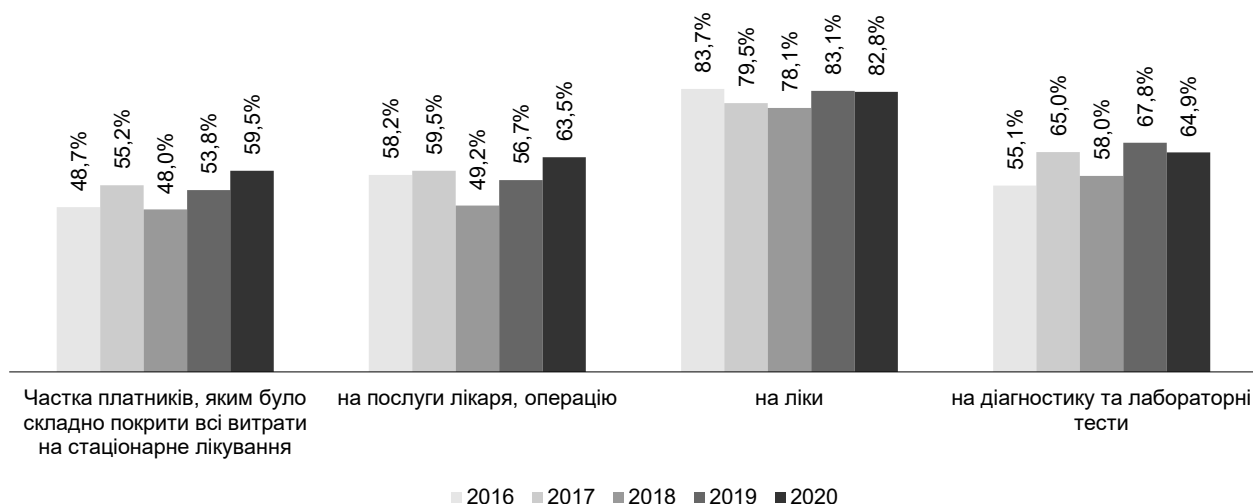
Розмір платежу за лабораторно-діагностичні послуги під час останньої госпіталізації: порівняння за роками

	Рік опитування			
	2020	2019	2018	2017
<b>Розмір платежу за лабораторні послуги, грн</b>				
Медіана	300,0	260,0	200,0	100,0
Середнє	492,1	559,2	415,6	350,2
Стандартна похибка	68,8	43,6	62,5	49,1
<b>Розмір платежу за діагностичні послуги</b>				
Медіана	300,0	360,0	200,0	200,0
Середнє	840,1	827,1	483,0	419,9
Стандартна похибка	138,3	67,8	55,2	31,2
<b>Розмір платежу за лабораторно-діагностичні послуги загалом</b>				
Медіана	400,0	440,0	220,0	200,0
Середнє	931,1	1026,8	611,7	523,4
Стандартна похибка	124,1	71,2	65,5	45,4

### 3.5. Фінансовий тягар

Дані опитування свідчать, що витрати на госпіталізацію залишаються значним фінансовим тягарем для пацієнтів. За даними опитування 2020 р., серед тих, хто платив за ліки під час останньої госпіталізації, про складність оплати повідомили 82,8%, серед тих, хто платив за діагностику, – 64,9%, і серед тих, хто платив за послуги лікаря чи операцію, – 63,5%.

Загалом більше половини (59,5%) платників вказали, що їм було складно покрити всі витрати (формальні й неформальні), пов'язані зі стаціонарним лікуванням. Порівняно з 2018 р. спроможність пацієнтів сплачувати за стаціонарне лікування дещо погіршилася (рис. 3.9).



**Рис. 3.9.** Спроможність сплатити за стаціонарне лікування серед госпіталізованих: порівняння за роками (відсоток тих, хто мав відповідні витрати у зв'язку з госпіталізацією протягом останніх 12 місяців)

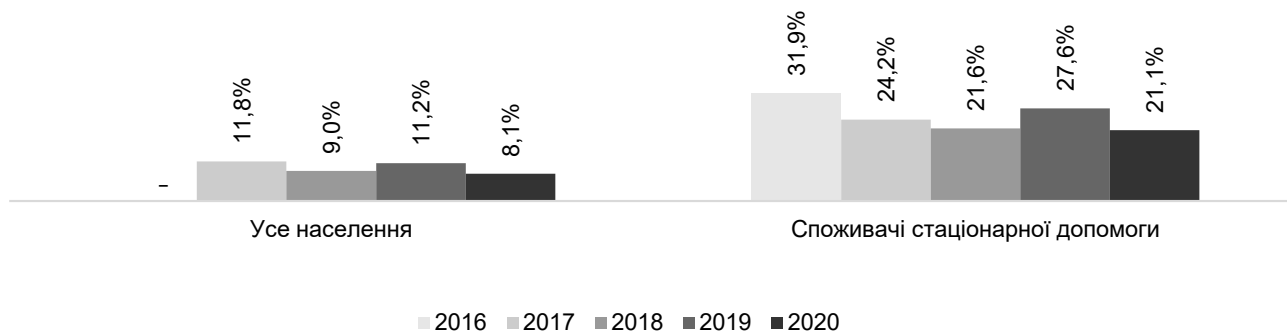
Серед тих, хто платив під час останньої госпіталізації, 52,8% вказали, що їхнє домогосподарство було вимушене позичати гроші на лікування. Медіанний розмір позики становив 5000 грн (тобто половина тих, хто позичав, позичили до 5000 грн, половина – понад цю суму), середнє – 12 541 грн. Хоча частка осіб, які мали позичати кошти, щоб покрити пов'язані з госпіталізацією витрати, трохи нижча, ніж минулого року, вона залишається доволі значною, а сума позичених коштів – суттєвою (табл. 3.5).

**Таблиця 3.5**

Необхідність позичати гроші, щоб покрити витрати на стаціонарне лікування: порівняння за роками

	Рік опитування				
	2020	2019	2018	2017	2016
Особи, які мали позичити кошти, щоб покрити всі витрати (серед платників), %	52,8	59,6	57,9	61,7	43,8
Сума позичених коштів, щоб покрити витрати на стаціонарне лікування (серед платників)					
Середнє	12541,0	10314,7	14182,7	6927,5	4858,7
Медіана	5000	5000	4000	3000	2000

За даними 2020 р., близько 8,1% дорослого населення протягом останніх 12 місяців потребували стаціонарного лікування, але не були госпіталізовані через брак коштів. Серед споживачів стаціонарної допомоги відсоток тих, хто мав досвід вимушеної відмови від госпіталізації протягом року, становить 21,1%. Порівняно з попереднім роком, відсоток вимушених відмов від госпіталізації через брак коштів трохи зменшився, повернувшись до рівня 2018 р. (рис. 3.10).



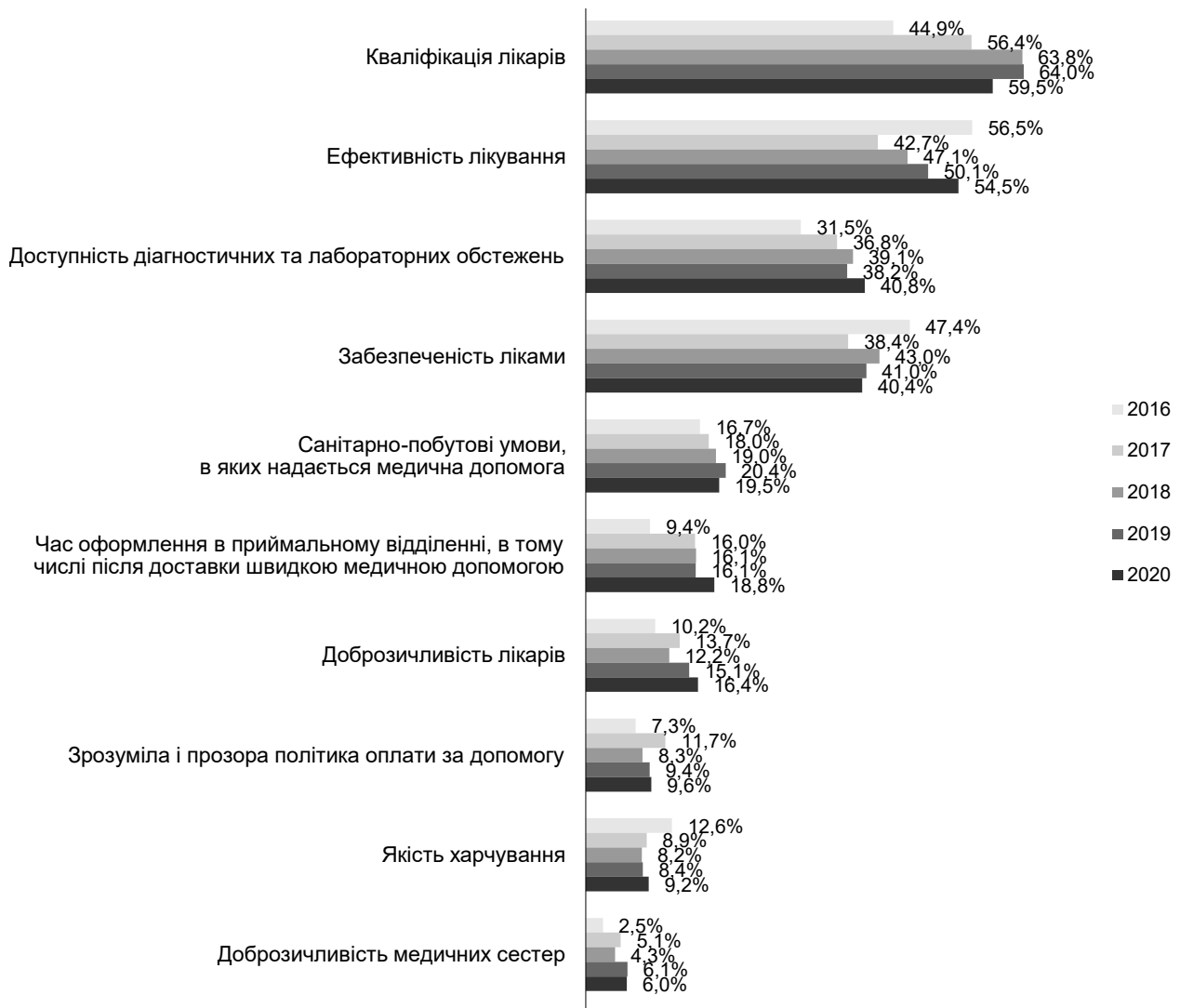
**Рис. 3.10.** Вимушена відмова від госпіталізації через брак коштів: порівняння за роками

### 3.6. Оцінювання аспектів стаціонарної допомоги

Як і в попередні роки, для отримувачів стаціонарної допомоги найважливішими аспектами залишаються результативність і фінансова доступність лікування, а саме: кваліфікація лікарів (серед трьох найважливіших цей варіант обрали 59,5% тих, хто мав досвід госпіталізації протягом останніх 12 місяців), ефективність лікування (54,5%), доступність діагностичних і лабораторних обстежень (40,8%) та забезпеченість ліками (40,4%).

Відносно менш важливими, за відповідями респондентів, є санітарно-побутові умови (серед трьох найважливіших цей варіант обрали 19,5%), час оформлення у приймальному відділенні (18,8%), доброзичливість лікарів (16,4%) і найменш важливими – зрозуміла і прозора політика оплати за допомогу (9,6%), якість харчування (9,2%), доброзичливість медичних сестер (6,0%).

Порівняно з попередніми роками уявлення споживачів щодо найважливіших аспектів надання стаціонарної медичної допомоги залишаються практично незмінними (**рис. 3.11**).



**Рис. 3.11.** Найважливіші аспекти надання стаціонарної медичної допомоги: порівняння за роками (відсоток тих, хто мав досвід госпіталізації протягом останніх 12 місяців)

Отже, відповідно до даних проведених досліджень, у споживанні стаціонарної медичної допомоги можна зауважити такі зміни та тенденції. Насамперед привертає увагу, що за даними щорічного дослідження частка осіб, які мали досвід госпіталізації протягом останніх 12 місяців, є найменшою за весь період спостережень (9,2%, на 4,3 в.п. менше, ніж у 2019 році) і, порівняно з попереднім роком, споживання стаціонарної допомоги знизилася в усіх соціально-демографічних категоріях.

Суттєвих змін у способі направлення на госпіталізацію й типі надавачів стаціонарних медичних послуг протягом часу дослідження не відбулося.

Як і в попередні роки, переважна більшість пацієнтів сплачують за ті чи інші послуги стаціонарної допомоги, проте порівняно з попереднім роком можна зауважити позитивні зміни, зокрема, зменшення частки тих, хто платив неформально (на 4,4 в.п.), робив «благодійний внесок» (на 10,1 в.п.) чи платив за товари медичного призначення (на 4,7 в.п.).

Поza тим розмір витрат, пов'язаних із стаціонарним лікуванням, із кожним роком зростає, а спроможність пацієнтів сплачувати за стаціонарне лікування погіршується. За даними опитування 2020 р., понад половині (59,5%) платників було складно покрити всі витрати на стаціонарне лікування, що на 5,7 в.п. більше, аніж минулого року. Частка тих, хто був змушений позичати кошти, щоб покрити витрати на стаціонарне лікування, залишається вагомим, як і частка тих, хто відмовлявся від госпіталізації через брак коштів.

Тобто багато в чому досвід споживання стаціонарної медичної допомоги залишається подібним до попередніх років, зокрема актуальною проблемою залишається розмір витрат, пов'язаних із стаціонарним лікуванням, проте є й невеликі позитивні зміни, у тому числі – зменшення поширеності витрат із кишені під час госпіталізації.

## РОЗДІЛ 4. ДОСТУПНІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

### Основні результати:

- загалом 20,6% споживачів амбулаторної допомоги скористалися програмою «Доступні ліки» як в 2020 р., так і в 2019 р. З-поміж тих, хто користується Програмою, 83,7% вказують, що пропозицію стати учасником програми реімбурсації вони отримали від свого лікаря (81,6% у 2019 р.). У 2020 р. найбільше за всі роки опитаних зазначили, що отримали всі ліки за рецептом (62,4% на відміну від 47,2% у 2019 р. і 43,8% у 2018 р.) Рекордні 3/4 користувачів Програми вважають у 2020 р., що ліки стали доступнішими (57,5% в 2019 р.);
- частка осіб, які займалися самолікуванням з використанням лікарських засобів під час своєї останньої хвороби чи травми, не зросла з 2019 р. і становить 82,9%. Проте середні витрати на ліки у випадку останньої хвороби і травми без звернення до лікаря в 2020 р. є найвищими і майже втричі більшими за середнє 2019 р. (1828,10 грн проти 650,82 грн відповідно);
- у 2020 р. 97,4% опитаних споживачів амбулаторної допомоги, яким були призначені лікарські засоби, придбали ліки, в тому числі 87,0% придбали всі ліки, а 10,4% — майже всі. Як і в попередні роки, однією з основних причин того, що люди не купують усі ліки, є відсутність достатніх коштів у пацієнта. Старші й менш заможні категорії людей частіше вказують саме на цю причину;
- у 2020 р. на лікарські засоби, призначені лікарем під час амбулаторного візиту, в середньому витрачали 1278,22 грн (77,20 — ст. відхилення, 500 грн — медіана). Значення 2020 р. є вищим, ніж у попередні три роки: 1039,99 грн (45,25 — ст. відхилення) у 2019 р. і 793,32 грн (25,96 — ст. відхилення) у 2018 р. Найвищі середні значення спостерігаються в Запорізькій (2479,03 грн), Харківській (2246,38 грн) і Кіровоградській (2160,69 грн) областях, а найнижчі – у Вінницькій (544 грн) і Закарпатській (753 грн) областях;
- усього 10,9% споживачів амбулаторної допомоги зазначили, що їм держава відшкодувала всю або частину вартості ліків. Імовірно, збільшення частки отримувачів відшкодування за ліки протягом останніх років пов'язане з функціонуванням урядової програми «Доступні ліки»;
- призначення лікарських засобів отримали 96,1% госпіталізованих, 94,1% з них сплачували за ліки в середньому 4550,30 грн (312,90 грн – ст. відхилення). Високі витрати на лікарські засоби під час госпіталізації є характерними для всіх п'яти років існування «Індексу здоров'я. Україна», якщо порівнювати з витратами на ліки під час амбулаторного лікування чи самолікування. Середні витрати в 2019 і 2018 рр. були суттєво меншими – 3793,30 грн (259,90 – ст. відхилення) і 2971 грн (189 — ст. відхилення) відповідно;
- загалом 89,8% придбали всі ліки, що були призначені під час останньої госпіталізації, тоді як у 2019 р. 79,6% придбали всі ліки, у 2018 р. – 94,5%, у 2017 р. – 85,0% і у 2016 р. — 85,2%. Основна причина впродовж усіх п'яти хвиль дослідження, чому пацієнти купують не всі призначені ліки, не змінюється – це брак коштів;
- у 2020 р. 53,6% опитаних (проти 56,0% в 2019 р., 54,8% у 2018 р., 52,5% у 2017 р.), які не завжди самі мають проблеми зі здоров'ям, але можуть мати витрати для близьких, витрачали кошти на лікарські засоби «протягом останніх 30 днів». Середній розмір таких витрат 751 грн (704 грн у 2019 р., 586 грн у 2018 р.). Більша частка жінок порівняно з чоловіками здійснюють витрати на ліки, проте чоловіки витрачають більші суми коштів на лікарські засоби.



2020 р. вніс зміни до типових практик взаємодії пацієнтів і лікарів, поведінки пацієнтів у разі хвороби чи госпіталізації, що також не могло не відобразитися на споживанні лікарських засобів і витратах на ліки. Наразі повною мірою виявити та описати, як вплинула нова серйозна загроза здоров'ю і життю людей, пов'язана з епідемією COVID-19, ми не маємо можливості. Наголосимо лише, що збір даних у рамках дослідження був проведений наприкінці літа – на початку осені 2020 р. Більшість запитань про споживання медичної допомоги й лікарських засобів мали однорічний термін згадування (тобто приблизно з вересня 2019 р. до серпня 2020 р. включно), що не може повною мірою відобразити особливості споживання лікарських засобів під час карантинних обмежень у зв'язку з COVID-19. Хоча останній підрозділ про витрати на лікарські засоби протягом останніх 30 днів може вказувати на те, що особливих змін у споживанні ліків не відбулося.

Універсальне покриття охорони здоров'я (Universal Health Coverage)<sup>19</sup> є ключовою метою для країн світу відповідно до Цілей сталого розвитку<sup>20</sup>. Концепція універсального покриття означає, що має бути забезпечено рівний доступу всіх громадян до повного, необхідного та достатнього обсягу медичної допомоги<sup>21</sup> (що включає також і лікарські засоби). Проте така амбітна мета для більшості країн є ціллю на майбутнє, попри дуже важливі кроки до її досягнення. Наприклад, лікарські засоби під час амбулаторного лікування посідають найвище місце в структурі витрат «з кишені» на охорону здоров'я<sup>22</sup>.

Витрати «з кишені» на ліки залежать від комплексу різних чинників: розподілу платників та обсягу витрат, що формуються політикою охорони здоров'я (як-от запровадження програм реімбурсації й регулювання того, як пацієнт може отримати доступ до ліків); професіоналізмом (знаннями індивідуального лікаря і культурою закладу охорони здоров'я, які можуть або стримувати призначення лікарських засобів, або сприяти поліпрагмазії); регулюванням фармацевтичного сектору (в тому числі наявністю генериків)<sup>23</sup>; як лікарські засоби рекламуються в ЗМІ, провізорами в аптеках; чи реалізуються просвітницькі кампанії, спрямовані на пацієнтів щодо відповідального споживання ліків. Тож однієї зміни політики реімбурсації недостатньо для того, щоб зменшити витрати «з кишені пацієнта», хоча, як показує досвід України, така інтервенція є позитивним зрушенням.

Водночас співоплата за ліки може стримувати надмірне споживання та й у глобальному вимірі ще не існує однозначної відповіді: витрати «з кишені» у вигляді співоплат за ліки – це позитивне явище чи негативне. У нещодавньому систематичному огляді літератури<sup>24</sup> була здійснена спроба проаналізувати існуючі опубліковані дослідження щодо зв'язку між співоплатами за ліки та споживанням медичної допомоги. Автори віднайшли, що дев'ять з одинадцяти включених до аналізу досліджень демонструють наявність статистично значущого прямого зв'язку між співоплатою за ліки й зверненням по допомогу. У висновку пропонується спроектувати оптимальну систему витрат «з кишені» на ліки, яка повинна запобігати надмірному споживанню ліків і пом'якшувати ризики надмірного тягаря через прямі платежі (витрати «з кишені»).

Наведені нижче результати «Індексу здоров'я. Україна» – 2020 щодо досвіду пацієнтів самостійного споживання лікарських засобів чи отримання лікарських призначень демонструють особливості українського контексту у 2019–2020 рр. з перспективи пацієнта.

19 Всесвітня організація охорони здоров'я, Універсальне покриття охорони здоров'я Universal Health Coverage (who.int) [https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1)

20 Universal Health Coverage for Sustainable Development - Issue Brief <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/universal-health-coverage-for-sustainable-development---issue-br.html>

21 Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні | LIGA:ZAKON <https://ips.ligazakon.net/document/GI00215A?an=2>

22 Goroshko, A., Shapoval, N., Lai, T. (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidenceonfinancial-protection-in-ukraine-2018>

23 Richardson, E., Sautenkova, N., & Bolokhovets, G. (2014). Pharmaceutical care. In Trends in health systems in the former Soviet countries [Internet]. European Observatory on Health Systems and Policies.

24 Kolasa, K., & Kowalczyk, M. (2019). The effects of payments for pharmaceuticals: a systematic literature review. Health Economics, Policy and Law, 14(3), 337–354.

## 4.1. Досвід і ставлення до програми «Доступні ліки»

«Індекс здоров'я. Україна» відстежує звернення пацієнтів до програми «Доступні ліки»<sup>25</sup> чотири роки, від початку дії урядової програми в 2017 р. Включення до дослідження «Індекс здоров'я» запитань про досвід користувачів програми «Доступні ліки» допомогло заповнити існуючі на той час прогалини з браком даних про результати урядової ініціативи. З початком адміністрування Програми Національною службою здоров'я України (НСЗУ) у 2019 р., накопиченням даних і появою аналітичних панелей (дашбордів)<sup>26</sup> дослідження «Індекс здоров'я» фокусується на тих аспектах функціонування «Доступних ліків», які не охоплені аналізом НСЗУ.

З перспективи пацієнта, програма «Доступні ліки» має такий вигляд: людина звертається до свого сімейного лікаря, який може виписати рецепт (з 2019 р. – електронний) на лікарські засоби, після чого пацієнт використовує рецепт в аптеці – учасниці програми «Доступні ліки» й отримує ліки, якщо вони є в наявності. Тож з 2018 р. запитання щодо досвіду споживання ліків через програму реімбурсації були поставлені в «Індексі здоров'я. Україна» тільки тим респондентам, які зазначили, що зверталися по амбулаторну (нестаціонарну) допомогу. У 2017 р. запитання про споживання лікарських засобів у рамках «Доступних ліків» було поставлене всім опитаним, тож ми не включаємо дані 2017 р. в аналіз, адже зміна запитань в анкеті могла дещо вплинути на результати дослідження. Натомість дані, зібрані в 2018, 2019 і 2020 рр., є порівнюваними.

Перше запитання про «Доступні ліки»<sup>27</sup> стосувалося досвіду участі в Програмі. І в 2019 р., і в 2020 р. ідентична частка опитаних споживачів амбулаторної медичної допомоги (20,6%) вказала на наявність досвіду отримання ліків через програму «Доступні ліки». Проте й у 2018 р. відсоток таких пацієнтів був наближений до значень останніх двох років, а саме – 18,4% (табл. 4.1).

Результати 2020 р. у соціально-демографічному розрізі учасників програми «Доступні ліки» демонструють аналогічні попереднім рокам тенденції: в Україні є більше жінок — користувачок Програми (22,1% проти 18,2% чоловіків у 2020 р.), більше людей старшого віку (41,2% серед 60+ і 15,6% серед 45–59 років), більше споживачів Програми з нижчим рівнем освіти — 21,6% з неповною загальною середньою, 24,5% – з повною загальною середньою та 32,4% – із професійно-технічною проти 13,8% з повною вищою освітою. З незначних відмінностей між роками можна підкреслити збільшення частки чоловіків (13,5% у 2018 р., 16,5% у 2019 р. і 18,2% у 2020 р.) та поступове збільшення учасників Програми в найстаршій віковій групі 60+ (35,5% у 2018 р., 36,8% у 2019 р. і 41,2% у 2020 р.). Це може вказувати як на збільшення розуміння щодо користування Програмою, так і на збільшення довіри до реімбурсації. Також у трирічний період дослідження ми спостерігаємо поступове збільшення розриву між учасниками програми «Доступні ліки» з міської та сільської місцевостей: 22,3% проти 16,9% у 2020 р. відповідно, 21,1% проти 19,2% у 2019 р. і 18,1% проти 19,1% у 2018 р. (табл. 4.1).

Як і в попередні роки, більша частка тих, хто гірше оцінює своє здоров'я (38,6% серед тих, хто дав оцінку «дуже погане», 33,6% – «погане» та 27,8% – «посереднє»), очікувано є споживачами програми «Доступні ліки». У 2018 р., 2019 р. і 2020 р. відбуваються коливання часток учасників Програми (до 10 в.п.): у 2019 р. було 30,3% учасників Програми, які вважають своє здоров'я «дуже поганим», а у 2018 р. – 40,4% і в 2020 р. – 38,6%. Це можна пояснити більшою суб'єктивністю в оцінюванні такого виміру, як «сприйняття» здоров'я на відміну від, наприклад, рівня освіти чи місця проживання.

З 2018 р. ми запитуємо про особливості комунікації лікаря і пацієнта, що може мати вплив на отримання ліків за програмою «Доступні ліки», як-от «Чи запропонував Вам лікар скористатися програмою “Доступні ліки”, тобто виписав рецепт?» Усього у 2020 р. 83,7% серед тих, хто вказав про наявність досвіду участі в Програмі, вказали саме на ініціативу лікаря і залученні пацієнта (рис. 4.1). Значних відмінностей між 2019 та 2018 роками не спостерігається: 81,6% споживачів у 2019 р. і 86,0% у 2018 р. зазначають, що лікар запропонував скористатися Програмою.

<sup>25</sup> Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки» <https://moz.gov.ua/dostupni-likii> «Реімбурсація – це механізм повної чи часткової оплати лікарських засобів, що включені до деталізованого опису з бюджету».

<sup>26</sup> Аналітичні панелі (дашборди) Національної служби здоров'я України <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard>

<sup>27</sup> 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»?

**Таблиця 4.1**

Досвід участі в програмі «Доступні ліки» серед споживачів амбулаторної допомоги: соціодемографічний розріз (відсоток тих, хто відповів «так» на запитання «Чи мали Ви досвід отримання ліків за програмою «Доступні ліки?»), %

	2020 рік	2019 рік	2018 рік
<b>ЗАГАЛОМ</b>	<b>20,6</b>	<b>20,6</b>	<b>18,4</b>
<b>СТАТЬ</b>			
чоловік	18,2	16,5	13,5
жінка	22,1	23,0	21,4
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>			
18–29 років	2,4	7,0	3,1
30–44 роки	5,3	8,7	5,4
45–59 років	15,6	18,2	18,0
60 років і більше	41,2	36,8	35,5
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>			
міська	22,3	21,1	18,1
сільська	16,9	19,2	19,1
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>			
початкова або неповна загальна середня	21,6	26,4	26,9
повна загальна середня	24,5	27,5	22,6
професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	32,4	22,6	20,3
неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	17,3	20,1	18,0
базова вища (бакалавр)	14,9	12,3	10,0
повна вища (спеціаліст, магістр)	13,8	15,9	15,1
<b>ДОХІД</b>			
до 1000 грн	16,7	18,9	19,1
1001–1500 грн	11,3	24,2	24,4
1501–2000 грн	31,1	29,5	28,1
2001–2500 грн	33,5	27,2	18,7
понад 2500 грн	16,3	15,5	13,3
<b>СТАН ЗДОРОВ'Я</b>			
дуже погане	38,6	30,3	40,4
погане	33,6	41,7	35,9
посереднє	27,8	22,1	19,4
добре	6,8	9,2	6,7
дуже добре	3,0	7,9	2,6



**Рис. 4.1.** Роль лікаря в споживанні лікарських засобів пацієнтами через участь у програмі «Доступні ліки» (поділ відповідей на запитання: «Чи запропонував Вам лікар скористатися програмою “Доступні ліки”, тобто виписав рецепт?»)

Оскільки зазвичай пацієнтові виписується кілька різних лікарських засобів, важливим аспектом є можливість отримати їх усі в одній аптеці. Наявність необхідних ліків у наближеній до пацієнта аптеці свідчить про доступність Програми. У 2020 р. зафіксовано найменший відсоток осіб, які не змогли отримати ліки в аптеці за Програмою (14%), а також найбільший відсоток тих, хто отримав усі лікарські засоби, що є позитивною динамікою в доступності лікарських засобів за Програмою. Так, на запитання «Чи змогли Ви отримати ліки за програмою “Доступні ліки” в аптеці?» більшість з року в рік вказує на те, що змогли отримати *всі ліки* за Програмою в аптеці: 62,4% у 2020 р., 47,2% у 2019 р. й 43,8% у 2018 р. (рис. 4.2).

Як і в попередні роки, відсутність необхідних ліків в аптеці є найбільш згадуваною опитаними (37 осіб) причиною неотримання ліків за Програмою. Решта бар'єрів є менш поширеними: не змогли дістатися до аптеки, яка бере участь у Програмі (15 осіб), у лікаря не було бланків відповідного рецепта (10 осіб), лікар відмовив у наданні рецепта з іншої причини (15 осіб) або в аптеці відмовили в наданні ліків (8 осіб).

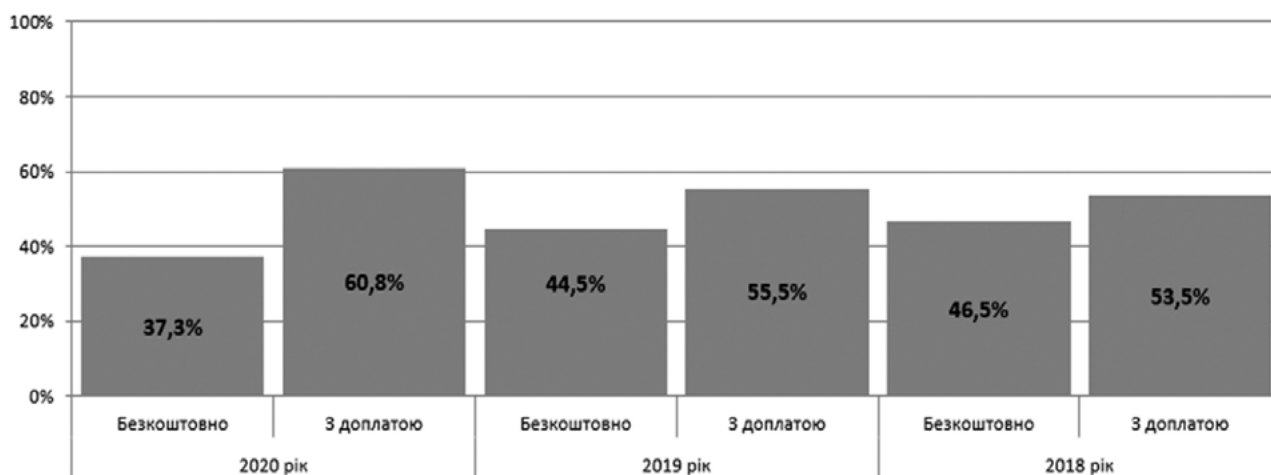


**Рис. 4.2.** Доступність лікарських засобів у аптеці за програмою «Доступні ліки» (розподіл відповідей на запитання: «Чи змогли Ви отримати ліки за програмою “Доступні ліки” в аптеці?»)

З іншого боку, спостерігається тенденція до зменшення частки тих, хто отримує всі ліки за Програмою безкоштовно (рис. 4.3): у 2020 р. 37,3% отримали ліки безкоштовно і 60,8% – з доплатою, у 2019 р. – 44,5% безкоштовно і 55,5% – з доплатою, а у 2018 р. – 46,5% і 53,5% відповідно. Тож різниця між 2020 р. і 2018 р. становить майже 10 в.п. В інших

вимірах доступності лікарських засобів за Програмою, як от сільська–міська місцевість, не спостерігається значущих відмінностей між різними соціодемографічними групами у відповідях на три вищевказані запитання. Збільшення частки тих, хто отримує ліки за Програмою з доплатою, є не обов’язково негативним трендом, оскільки механізм доплат дає змогу врахувати власні особливості й уподобання і мати все ж таки можливості вибору.

Окремі запитання пропонували респондентам оцінити доступність лікарських засобів за Програмою. Відповіді на запитання про сприйняття доступності, а з іншого боку, на запитання про те, чи споживачі отримали всі ліки, вказують на збільшення доступності ліків за Програмою. Так, у 2020 р. 3/4 користувачів Програми вважали, що ліки стали доступнішими, тоді як у 2019 р. дещо більше половини (57,5%) зазначали про це (табл. 4.2).



**Рис. 4.3.** Співоплата за лікарські засоби в програмі реімбурсації (поділ відповідей на запитання: «Ви отримали ці ліки безкоштовно чи з доплатою?»)

До можливих пояснень більшої доступності лікарських засобів можна віднести зміни в адмініструванні Програми, які відбулися в квітні 2019 р.: Національна служба здоров’я України стала опікуватися цією Програмою, пацієнти почали отримувати електронні, а не паперові рецепти тощо. Проте як у 2019 р., так і в 2020 р. мешканці сільської місцевості менш схильні позитивно оцінювати результати Програми з точки зору більшої доступності лікарських засобів. Менший відсоток учасників Програми, які мешкають у сільській місцевості, вказують, що завдяки Програмі ліки стали доступнішими (65,6% проти 78,8% учасників з міської місцевості), а також більший відсоток зазначає до ліки не стали доступніші (34,4% проти 21,2% відповідно). Аналогічно, опитані з менш заможних груп не спостерігають позитивних зрушень у бік більшої доступності лікарських засобів за Програмою.

**Таблиця 4.2**

Сприйняття поліпшення доступності лікарських засобів завдяки програмі «Доступні ліки»: порівняння між роками, %

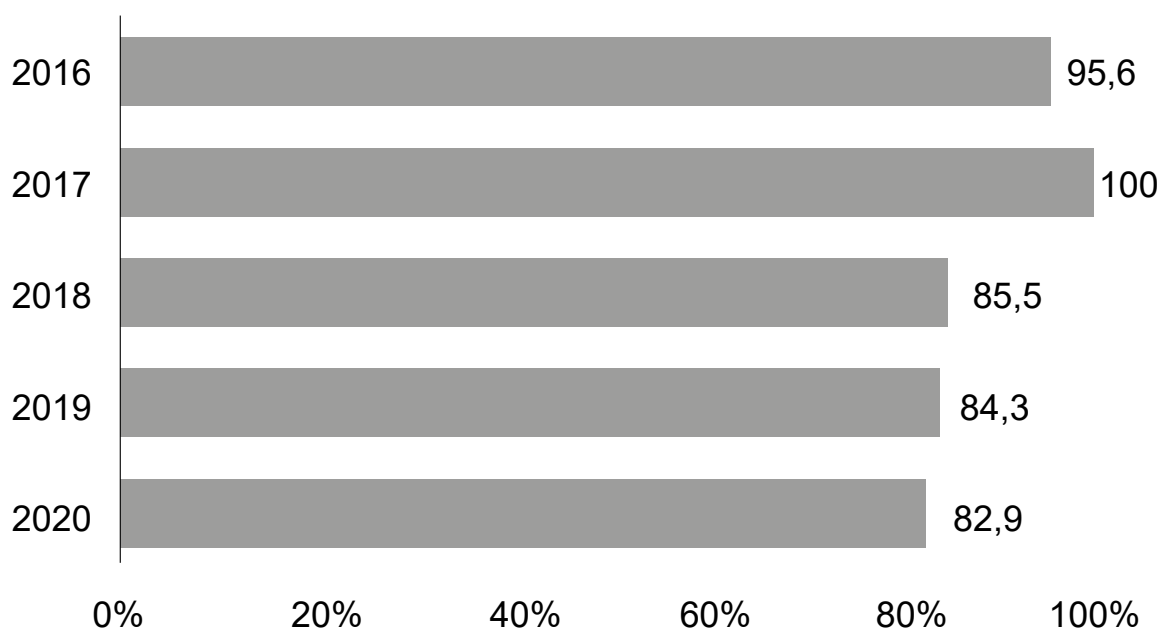
	2020		2019		2018	
	Ліки стали доступні	Ліки НЕ стали доступні	Ліки стали доступні	Ліки НЕ стали доступні	Ліки стали доступні	Ліки НЕ стали доступні
<b>ЗАГАЛОМ</b>	75,5	24,5	57,5	42,5	62,5	37,5
<b>СТАТЬ</b>						
чоловік	77,2	22,8	54,3	45,7	68,6	31,4
жінка	74,7	25,3	58,9	41,1	60,2	39,8
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>						
18–29 років	59,3*	40,7*	47,8*	52,2*	32,4*	67,6*
30–44 роки	39,8	60,2	48,7	51,3	74,4*	25,6*
45–59 років	76,5	23,5	58,6	41,4	65,4	34,6
60 років і більше	78,5	21,5	59,5	40,5	61,3	38,7
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>						
міська	78,8	21,2	60,1	39,9	62,2	37,8
сільська	65,6	34,4	50,3	49,7	63,2	36,8
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>						
початкова чи неповна загальна середня	86,0*	14,0*	68,7	31,3*	64,9	35,1*
повна загальна середня	75,3	24,7	59,9	40,1	66,9	33,1
професійно-технічна	79,0	21,0	52,4	47,6	60,4	39,6
неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	73,1	26,9	66,2	33,8	63,9	36,1
базова вища (бакалавр)	64,2*	35,8*	57,4*	42,6*	52,6*	47,4*
повна вища	76,0	24,0	46,5	53,5	58,8	41,2
<b>ДОХІД</b>						
до 1000 грн	67,2	32,8*	59,9	40,1	67,6	32,4*
1001–1500 грн	58,1	41,9*	58,0	42,0	62,5	37,5
1501–2000 грн	74,9	25,1	56,1	43,9	60,6	39,4
2001–2500 грн	82,7	17,3	57,5	42,5	69,2	30,8
понад 2500 грн	74,5	25,5	55,9	44,1	59,3	40,7
<b>СТАН ЗДОРОВ'Я</b>						
дуже погане	62,1*	37,9*	58,8	41,2*	42,1	57,9
погане	69,7	30,3	60,1	39,9	69,6	30,4
посереднє	76,6	20,4	54,6	45,4	60,4	39,6
добре	72,5	27,5	61,9	38,1	61,3	38,7
дуже добре	44,6*	55,4*	55,5*	44,5*	100,0*	0,0*

\* Ми не можемо робити надійних висновків для цієї групи через її малу наповненість (до 20 респондентів)

## 4.2. Споживання лікарських засобів без призначення лікаря

У дослідженні «Індекс здоров'я» вимірюється досвід споживання лікарських засобів як під час звернення по медичну допомогу, так і без призначення лікаря. У 2020 р. 30,4% респондентів ( $N = 3320$ ) повідомили про захворювання чи травму за останні 12 місяців (Розділ 1.6). З них 73,2% звернулись по фахову медичну допомогу, а 26,8% ( $N = 890$ ) займалися самолікуванням.

Більшість із тих, хто не звернувся по медичну допомогу в разі хвороби чи травми, а саме 82,9% купували лікарські засоби (рис. 4.4). Цей відсоток у 2020 р. є найменшим за всі роки дослідження (у 2017 р. він був найвищим – 100%).



**Рис. 4.4.** Частка осіб, які мали витрати на ліки, пов'язані з останньою хворобою чи травмою, серед тих, хто не звернувся до лікаря / фельдшера по медичну допомогу, за результатами опитувань 2016, 2017, 2018, 2019 і 2020 рр.

Соціодемографічні особливості в споживанні лікарських засобів без призначення лікаря представлені в **табл. 4.3**: дохід, місце проживання тощо не є потенційними детермінантами, які обумовлюють витрати на лікарські засоби в разі самолікування. Проте ми помітили відмінність у 8 в.п. в розрізі статі (дещо більше жінок, ніж чоловіків, мали витрати на лікарські засоби) і майже 12 в.п. між наймолодшою і найстаршими групами опитаних (старші люди рідше купують ліки самостійно, без призначення лікаря).

**Таблиця 4.3**

Частка осіб, які мали витрати на лікарські засоби, пов'язані з останньою хворобою чи травмою, серед тих, хто не звернувся до лікаря / фельдшера по медичну допомогу, за результатами опитувань 2016, 2017, 2018, 2019 і 2020 рр.: соціодемографічний розріз, %

	2020	2019	2018	2017	2016
<b>ЗАГАЛОМ</b>	<b>82,9</b>	<b>84,3</b>	<b>85,5</b>	<b>100,0</b>	<b>95,6</b>
<b>СТАТЬ</b>					
чоловік	78,4	81,0	82,9	100,0	92,5
жінка	86,3	86,9	87,0	100,0	97,0
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>					
18–29 років	89,2	88,6	82,1	100,0	94,4
30–44 роки	82,0	84,7	88,8	100,0	95,1
45–59 років	87,9	84,8	87,1	100,0	97,5
60 років і більше	77,6	80,6	83,6	100,0	95,0
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>					
міська	82,1	85,8	86,7	100,0	96,8
сільська	84,7	79,9	82,1	100,0	93,5
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>					
початкова або неповна загальна середня	59,6*	53,0	80,6	100,0	94,0
повна загальна середня	74,9	78,8	86,6	100,0	97,8
професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	79,1	81,1	80,3	100,0	94,5
неповна вища / середня спеціальна	85,7	85,1	86,5	100,0	98,4
базова вища (бакалавр)	89,7	88,2	85,2	100,0	95,3
повна вища	88,3	90,5	88,6	100,0	91,5
<b>ДОХІД</b>					
до 1000 грн	90,7	82,1	81,9	100,0	94,4
1001–1500 грн	89,2	89,7	79,1	100,0	96,2
1501–2000 грн	77,4	86,3	84,0	100,0	95,4
2001–2500 грн	82,7	87,2	89,6	100,0	94,8
понад 2500 грн	82,5	83,1	88,6	100,0	95,3

У середньому 1828,10 грн витратили люди на ліки, що були придбані самостійно в період «літо 2019 р. – літо 2020 р.», і це є найвищими витратами за всі роки. Так, це втричі більше, ніж середні витрати у 2019 р. (650,82 грн, тут і далі представлено середнє значення з урахуванням стандартного відхилення (47,69 грн)). Справді щороку ми спостерігаємо збільшення сум, які люди витрачають на непризначені лікарем лікарські засоби. Щоправда, медіанне значення стабільно залишається 300 грн, як і в 2019 р., що вказує на більший розкид значень і більшу частоту великих витрат (**табл. 4.4**). У розрізі соціодемографічних характеристик опитаних медіанне значення є дещо більшим (400 грн, а не 300, як в інших групах) для представників домогосподарств з доходами 1001 – 1500 грн на особу на місяць.



### 4.3. Споживання ліків під час амбулаторного лікування

У 2020 р. 91,4% споживачів амбулаторної допомоги зазначили, що їм були призначені лікарські засоби. Упродовж років обстеження цей відсоток практично не змінюється (рис. 4.5). Щодо кількості найменувань призначених ліків, то середнє значення становить 4 одиниці – доволі схоже на значення попередніх років (3,8 найменування у 2020 р., 4,1 у 2019 р., 3,6 у 2018 р., рис. 4.6).

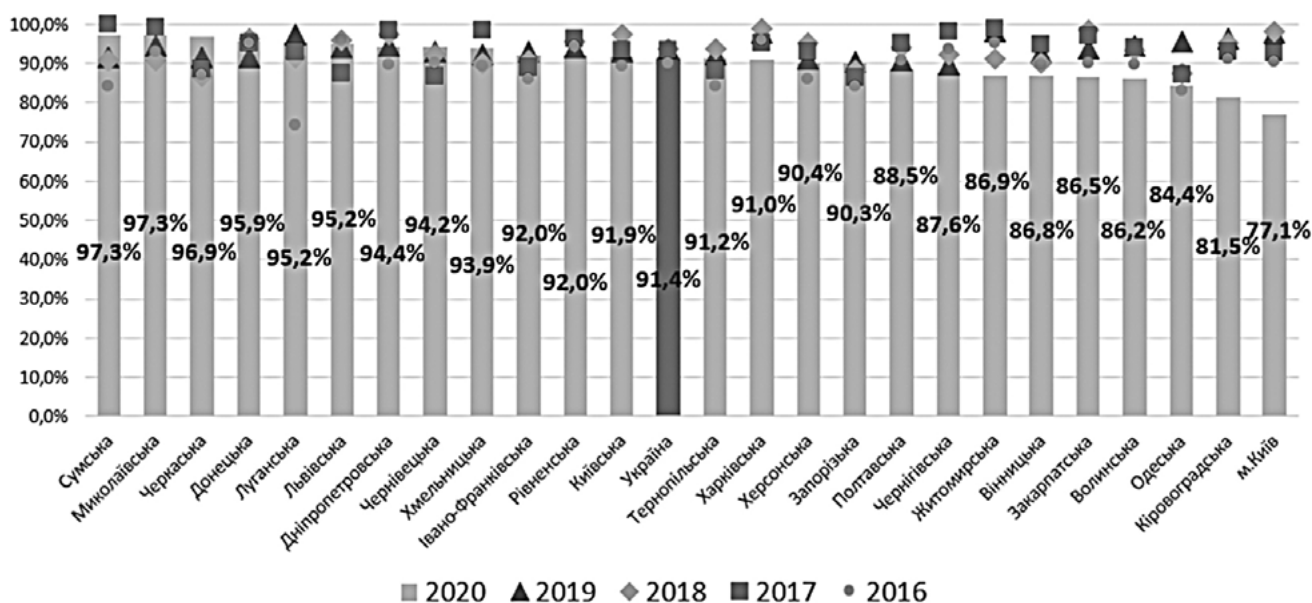


Рис. 4.5. Відсоток пацієнтів, які отримали призначення лікарських засобів під час останнього амбулаторного візиту

Нагадаємо, що на запитання про призначення лікарських засобів відповідали лише ті респонденти, які робили візит до лікаря протягом року (літо 2019 р. – літо 2020 р.). Як зазначено в Розділі 2, йдеться про 33,1% дорослого населення, які відвідали лікаря на амбулаторній ланці.

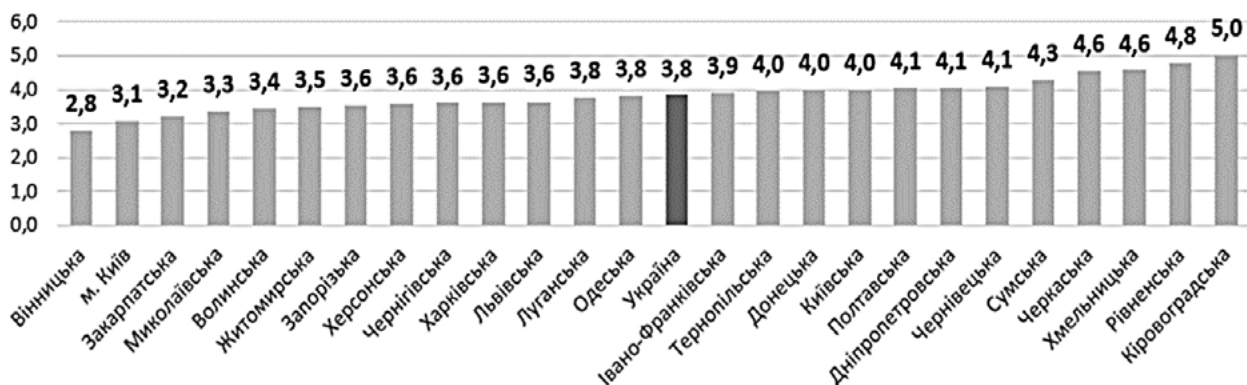
Щодо регіонального розрізу у 2020 р., то найменше опитаних, які вказали на призначення ліків під час амбулаторного лікування, перебувають у м. Києві (77,1%), а також у Кіровоградській (81,5%) та Одеській (84,4%) областях. Варто підкреслити, що в 2019 р. м. Київ демонструвало найвищий відсоток пацієнтів, яким були призначені лікарські засоби (97,8%). У трійці областей з максимальним відсотком призначення ліків на амбулаторній ланці значиться Сумська (97,3%), Миколаївська (97,3%) і Черкаська (96,9%) області. Цьогоріч 20 в.п. розділяють області, розміщені максимально ліворуч і праворуч на рис. 4.5, тоді як у 2019 р. лише 8 в.п. були різницею між максимальним і мінімальним значенням. Соціодемографічних відмінностей немає в даних щодо призначень ліків під час візиту пацієнта до лікаря.

Таблиця 4.4

Витрати з кишені на ліки серед тих, хто займався самолікуванням (грн)

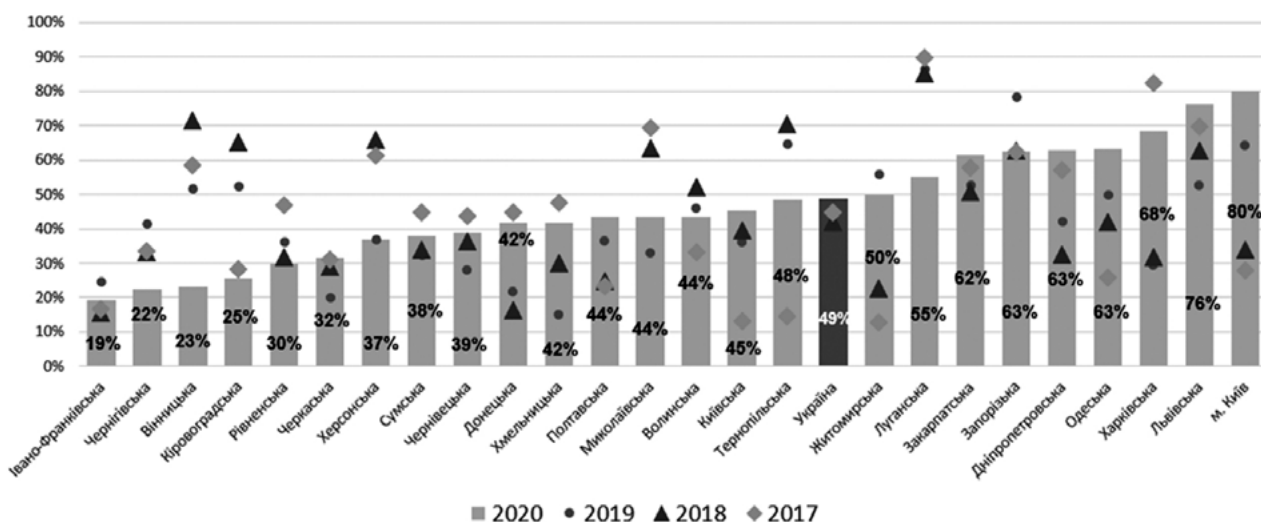
		2020			2019			2018			2017			2016		
		середні витрати	стандартне відхилення	медіана	середні витрати	стандартне відхилення	медіана	середні витрати	стандартне відхилення	медіана	середні витрати	стандартне відхилення	медіана	середні витрати	стандартне відхилення	медіана
СТАТЬ	Загалом	1828,10	697,31	300	650,82	<b>47,69</b>	<b>300</b>	<b>428,22</b>	<b>45,08</b>	<b>250</b>	<b>342,45</b>	<b>18,59</b>	<b>200</b>	<b>256,45</b>	<b>19,9</b>	<b>150</b>
	чоловік	1394,61	344,80	300	738,71	84,69	300	497,37	119,26	200	371,58	34,6	250	261,91	38,42	150
	жінка	2117,16	1139,78	300	584,34	53,87	300	389,93	23,36	300	324,54	21,17	200	254,07	23,19	150
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	458,24	47,37	300	664,77	144,64	300	348,31	32,91	250	308,19	43,51	200	223,68	37,55	150
	30–44 роки	857,75	206,56	300	451,97	36,52	300	514,51	144,7	300	330,34	25,11	250	240,39	36,75	150
	45–59 років	4864,46	2618,03	350	703,10	108,70	300	442,14	72,27	250	331,87	38,84	200	269,27	46,74	150
	60 років і більше	769,51	131,64	300	817,42	98,44	350	388,26	39,69	250	380,23	38,8	220	277,3	33,01	150
ТИП МІСЦЕВОСТІ	міська	1926,44	1014,47	300	548,74	37,06	300	447,56	57,77	270	320,94	18,65	200	278,63	28,76	150
	сільська	1624,65	425,34	300	963,52	155,69	380	369,28	47,78	250	387,04	41,96	200	216,52	20,43	150
РІВЕНЬ ОСВІТИ	початкова чи неповна загальна середня	681,60	286,47	300	1353,05	518,57	250	291,84	49,89	200	391,84	128,59	200	184,62	22,35	180
	повна загальна середня	1003,46	292,23	300	875,07	150,52	300	577,64	180,94	300	371,42	48,7	200	229,93	35,24	100
	професійно-технічна	1977,87	753,43	300	715,84	108,83	300	301,32	25,04	200	400,84	38,67	250	184,44	24,33	120
	неповна вища / середня спеціальна	838,60	198,14	300	661,88	106,27	300	368,03	42,6	250	317,34	37,26	200	280,97	44,4	160
	базова вища	670,30	207,70	300	431,83	39,32	300	369,89	65,09	300	272,87	28,05	200	198,33	61,18	150
	повна вища	3949,76	2675,49	300	504,67	46,73	300	495,2	77,7	300	320,93	30,74	260	345,08	56,01	150
ДОХІД ДОМОГОС-ПОДАРСТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	2577,73	1369,30	300	729,88	91,52	400	404,64	73,43	250	317,07	43,58	200	264,05	58,73	150
	1001–1500 грн	630,00	110,75	400	505,11	76,21	300	289,66	35,17	200	405,21	50,04	200	217,1	21,95	120
	1501–2000 грн	1065,92	296,06	300	768,64	123,59	300	364,91	52,0	230	294,73	25,49	200	239,37	48,49	150
	2001–2500 грн	1464,76	432,16	300	482,14	80,87	300	697,62	342,17	300	280,45	51,9	200	171,03	23,44	120
	понад 2500 грн	2885,04	1885,90	300	656,04	104,76	300	426,86	26,51	300	298,34	34,52	250	186,48	22,1	150

Щодо середньої кількості призначених найменувань ліків і регіональних відмінностей (рис. 4.6), то найменше призначень було знову в Закарпатській (3,2 найменування), а також у Вінницькій (2,8) областях і в м. Києві (3,1), а найбільше – в Кіровоградській (5,0) області.



**Рис. 4.6.** Середня кількість найменувань призначених лікарських засобів (серед тих споживачів амбулаторної допомоги, котрі отримали такі призначення у 2020 р.)

На запитання «Чи Вам виписали рецепт, без якого неможливо придбати ліки або отримати відшкодування?» був отриманий найвищий відсоток позитивних відповідей з-поміж 2017–2020 років (49,0% підтвердили наявність рецепта у 2020 р., 43,9% у 2019 р.). Хоча у 2016 р. була значно більша частка тих, хто отримав рецепт (66,9%), проте в той час така масштабна програма реімбурсації не діяла, тож і розуміння рецепта було іншим. На рис. 4.7. показані регіональні й часові особливості. У більш сучасному контексті (2020 р.), найбільше про отримані рецепти згадують ті, хто мешкає в м. Києві (80%), у Львівській (76%) і Харківській (68%) областях. Найменше – в Івано-Франківській (19%), Чернігівській (22%) і Вінницькій (23%) областях. Цікаво, що впродовж років відбуваються суттєві коливання в розрізі областей, але є деякі області з відносно сталими відсотками – Івано-Франківська, Чернівецька і Закарпатська.

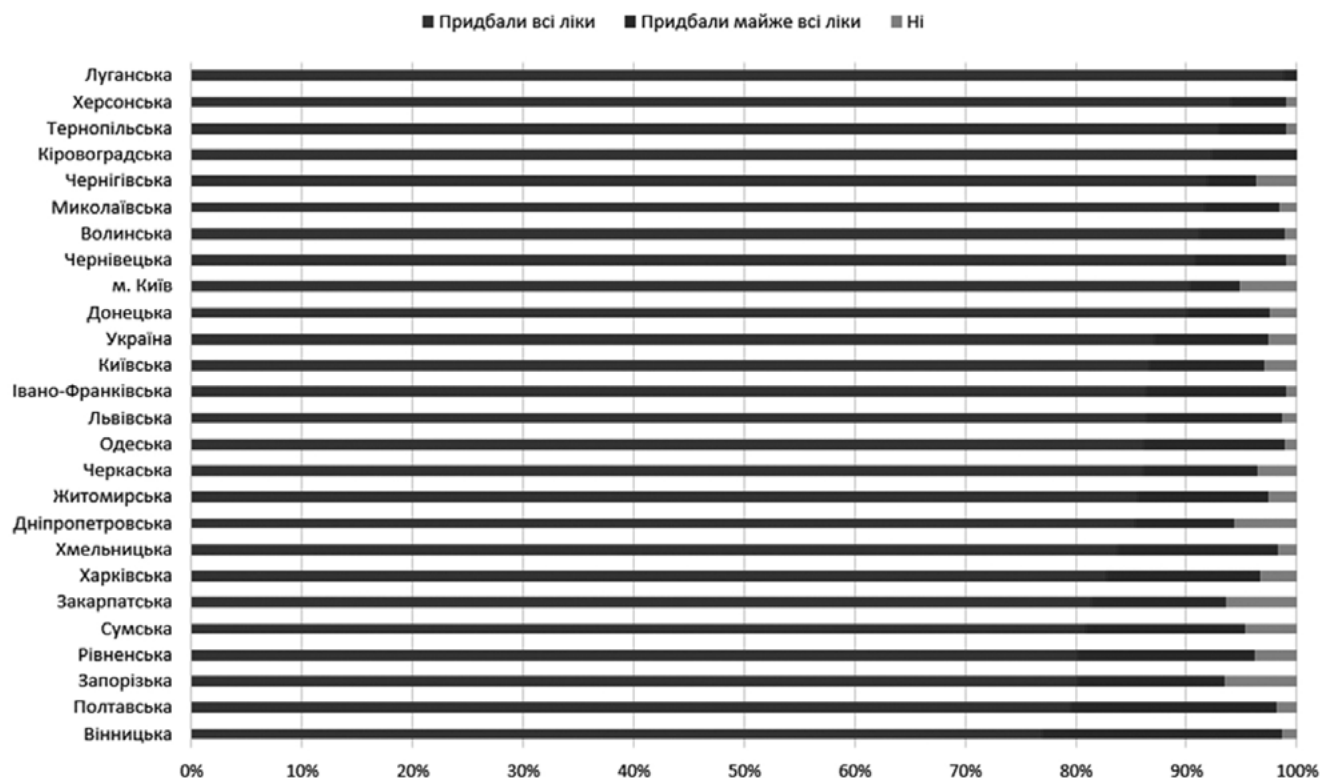


**Рис. 4.7.** Відсоток ствердних відповідей на запитання «Чи Вам виписали рецепт, без якого неможливо придбати ліки або отримати відшкодування?»: поділ за областями 2016, 2017, 2018, 2019 і 2020 рр.

Щодо соціально-демографічних відмінностей, то у 2020 р., як і в попередніх роках, дещо частіше отримують рецепти люди більш старшого віку (60 років і старші) – 58,1% проти молодших респондентів: по 41,4% та 36,9% в групах 18–29 та 30–44 роки відповідно.

Безумовно, важливим виміром (не)споживання призначених лікарських засобів є частка пацієнтів, які мають фінансову можливість придбати всі ліки, чи розуміння необхідності

споживання всіх призначень лікаря. Так, більшість опитаних звітують про те, що купують чи отримують усі ліки: 97,4% у 2020 р., 96,8% у 2019 р. і 93,7% у 2016 р. (рис. 4.8.). Відбувається поступове зменшення частки тих пацієнтів амбулаторної ланки, які «купують майже всі» ліки: у 2020 р. – 10,4%, у 2019 р. – 13,9%, а в 2016 р. – 17,3%. Є деякі коливання між регіонами: мінімальне значення «придбали всі ліки» у Вінницькій області (77%), а максимальне – в Луганській (99%).



**Рис. 4.8.** Поділ опитаних, які придбали всі або не всі лікарські засоби, прописані лікар під час амбулаторного лікування у 2020 р., за областями.

Соціодемографічний поділ відповідей у 2020 р. не вказує на те, що певні групи мають відхилення від середнього значення, на відміну від 2019 р., де були виявлені незначні відмінності.

У тих, хто не купив ліки чи купив не всі лікарські засоби, ми запитували про причини такої поведінки. Виявляється, що 40,3% (158 осіб) у 2020 р., як і 42,5% (263 осіб) в 2019 р., не вважали за потрібне купувати всі лікарські засоби. Це може вказувати як на брак довіри у стосунках між лікарем і пацієнтом, так і на недостатню комунікацію про важливість споживання всіх призначень. Також частки опитаних, які вказали інші причини, майже не коливаються останніми роками: 45,7% у 2020 р., 44,3% у 2019 р., 40,6% у 2018 р. (різниця в 5% значиться в межах статистичної похибки) – вони не купили ліки, оскільки не мали коштів; 14,8% у 2020 р., 17,2% у 2019 р., 15,8% у 2018 р. – не було в аптеці чи не знайшли. Ключовим результатом залишається той, що фінансові бар'єри для майже однакової частки пацієнтів залишаються ідентичними з року в рік, тож необхідно виявити, які характеристики має така група, щоб поліпшити їхній доступ до ліків. З огляду на наші дані, такими групами можуть бути люди старшого віку (60+) й люди з меншим рівнем доходів. Протягом усіх чотирьох років старші люди частіше вказують на брак коштів як причину купівлі не всіх ліків чи взагалі непридбання ліків: 54,7% у групі 60+ проти 26,3% серед наймолодших і 41,9% у групі 30–44 роки (табл. 4.5). Люди з нижчим рівнем доходів (56,8% з доходами до 1000 грн на місяць на людину, 51,0% 1001–1500 грн, 36,2% з доходами понад 2500 грн), очевидно, мають більше фінансових перепон.

**Таблиця 4.5**

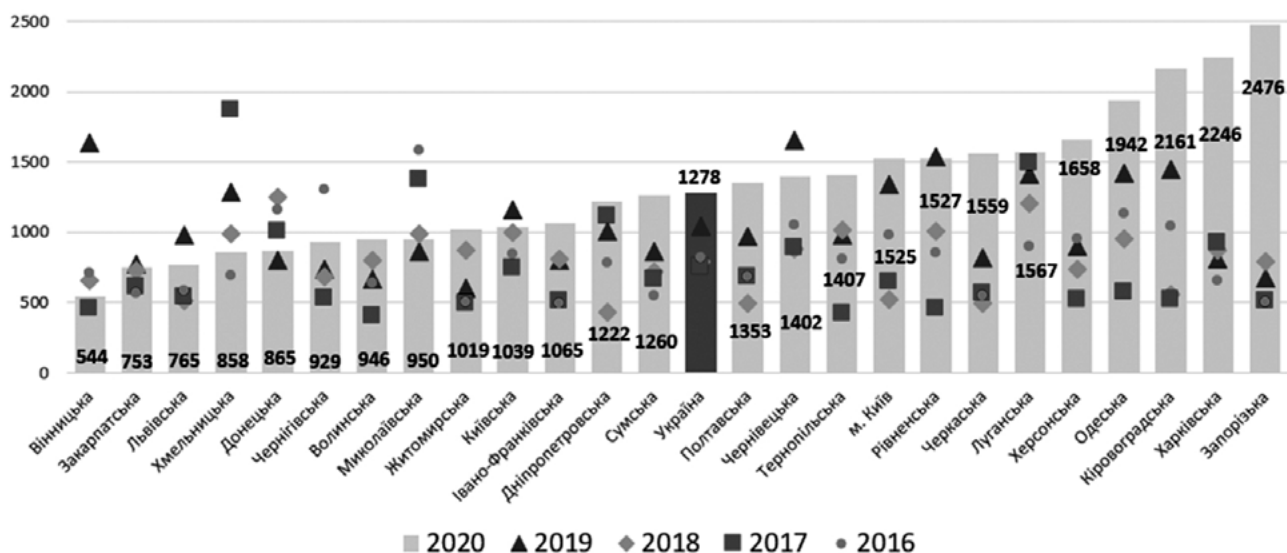
Частка споживачів амбулаторної допомоги, які придбали не всі ліки через брак коштів: соціально-демографічний розріз упродовж 2016–2020 рр.

		Придбали не всі ліки через брак коштів					
			2020	2019	2018	2017	2016
	Загалом	%	45,7	44,3	40,6	47,2	51,5
		N	172	298	195	333	435
СТАТЬ	чоловік	%	41,6	39,3	37,9	42,0	43,6
		N	39	60	46	75	86
	жінка	%	47,6	46,8	42,5	49,8	55,6
		N	133	238	149	258	349
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	%	26,3	40,1	22,4	42,9	36,3
		N	10	21	12	31	31
	30–44 роки	%	41,9	32,0	31,4	32,8	41,0
		N	30	39	36	46	80
	45–59 років	%	46,1	34,0	51,1	49,2	61,1
		N	46	53	54	95	130
	60 років і більше	%	54,7	58,1	52,7	59,2	60,4
		N	86	185	93	161	194
ТИП МІСЦЕ-ВОСТІ	міська	%	45,6	44,3	42,2	46,6	47,9
		N	112	195	134	229	288
	сільська	%	45,8	44,3	36,2	49,2	63,1
		N	60	103	61	104	147
РІВЕНЬ ОСВІТИ	початкова чи неповна загальна середня	%	79,6	74,2	81,1	69,6	60,7
		N	10	19	16	21	31
	повна загальна середня	%	57,9	51,3	50,9	54,7	68,6
		N	46	66	47	73	106
	професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	%	47,9	62,4	39,8	49,7	60,9
		N	35	83	38	66	72
	неповна вища / середня спеціальна	%	40,2	44,4	41,8	44,5	50,3
		N	50	85	54	91	126
базова вища (бакалавр)	%	41,6	16,8	32,9	43,8	34,8	
	N	8	11	9	14	18	
повна вища (спеціаліст, магістр)	%	37,0	26,4	27,0	40,0	39,2	
	N	23	34	29	66	79	
ДОХІД ДОМОГОС-ПОДАРСТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	%	56,8	50,1	54,1	62,8	69,7
		N	25	37	19	49	102
	1001–1500 грн	%	51,0	57,6	47,7	57,5	63,9
		N	20	68	42	106	168
	1501–2000 грн	%	63,4	50,9	42,0	48,0	44,9
		N	31	59	48	63	65
	2001–2500 грн	%	46,5	42,6	47,5	39,0	27,7
		N	27	30	25	18	21
	понад 2500 грн	%	36,2	26,5	31,9	32,5	34,7
		N	41	43	25	26	14

Більшість опитаних сплачували за ліки, однак у 2020 р. ми виявили різницю в кілька відсоткових пунктів з-поміж років: 92,8% у 2020 р. проти 97,6% у 2019 р., 96,2% у 2017 р. У регіональному розрізі лише Луганська область показує вдвічі нижчу частку тих, хто сплачував за ліки з власної кишені: 51,7% проти, наприклад, 98,6% у Львівській, 91,2% у Дніпропетровській і 98,1% у Полтавській областях. Соціодемографічний розріз не виявляє відмінностей, які були б більші за 5 в.п., окрім як у розрізі освіти (86,9% з неповною вищою чи середньою спеціальною освітою проти 97,9% з повною вищою, 95,0% з повною загальною середньою).

Розмір витрат «з кишені» пацієнта поступово збільшується: в середньому у 2020 р. споживачі амбулаторної допомоги витратили 1278,22 грн на лікарські засоби, призначені лікарем (77,20 – ст. відхилення, 500 грн – медіана), а в попередні роки (2019 і 2018 рр.) витрачали в середньому 1039,99 грн (45,25 – ст. відхилення, 500 грн – медіана) і 793,32 грн (25,96 – ст. відхилення, 400 грн – медіана) (рис. 4.9).

Найвищі середні значення витрат на ліки у 2020 р. спостерігаються в Запорізькій (2479,03 грн), Харківській (2246,38 грн), Кіровоградській (2160,69 грн, як і одне з найвищих медіанних значень – 800 грн), Одеській (1941,70 грн) і Херсонській (1658,38 грн) областях. З-поміж п'яти років збору даних ці значення є найвищими для цих областей, на відміну від інших регіонів: наприклад, найвищі витрати на ліки в Чернівецькій області були в 2019 р. (1652,19 грн), у Хмельницькій – у 2017 р. (1873,89), в Миколаївській – в 2016 р. (1584,10 грн). Найвище ж медіанне значення витрат на ліки на амбулаторній ланці у 2020 р спостерігається в м. Києві (1000 грн проти 500 грн по країні).



**Рис. 4.9.** Середні значення витрат «з кишені» на лікарські засоби, призначені під час останнього амбулаторного лікування, грн

Пацієнти з групи доходів «до 1000 грн на місяць на людину» демонструють дещо менші медіанні витрати на лікарські засоби (400 грн), ніж інші групи, поділені за рівнем доходів (500 грн, але й є 550 грн у групі 1501–2000 грн). Інших відмінностей у медіанних значеннях з-поміж соціально-демографічних категорій ми не спостерігаємо.

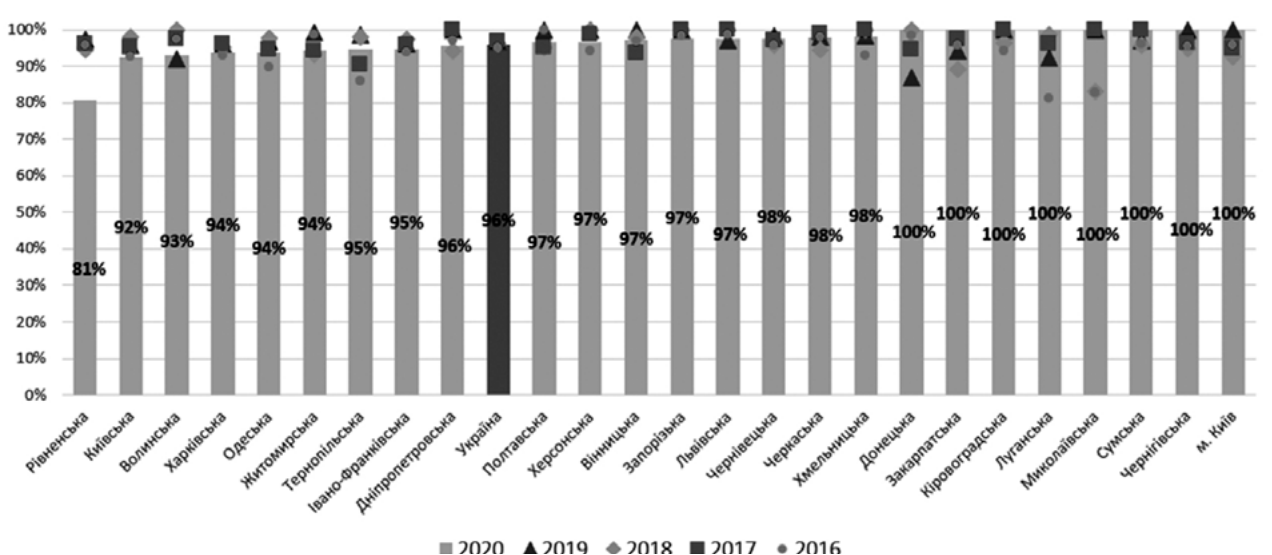
Частині споживачів амбулаторної допомоги держава відшкодовує всю вартість або частину вартості ліків. У 2020 р. 10,9% вказують на повне чи часткове звільнення від сплати за ліки, що є майже ідентичним значенню 2019 р. (10,2%). Цей відсоток збільшився втричі протягом чотирьох років: у 2016 р. – 3,0%, у 2017 – 8,5% і у 2018 р. – 7,6%. Таким змінам можна знайти пояснення у функціонуванні урядової програми «Доступні ліки» з 2017 р. Більша частка пацієнтів віком 60+ вказують на те, що держава їм частково чи повністю відшкодувала вартість ліків (19,4% в 2020 р., 14,8% в 2019 р.). Менший відсоток є в молодших групах 18–29 років і 30–44 років відповідно: 4,1% і 4,0% у 2020 р, а також 5,7% і 5,5% у 2019 р.

Більш помітні зміни відбулися в тому, що лікарі призначають діючу речовину замість торгової (бренданої) назви лікарського засобу – 35,7% споживачів ліків під час амбулаторної

допомоги вказують на це у 2020 р., тоді як у 2019 р. – 26,2% (табл. 4.6). Крім того, починаючи з 2017 р. ми ставили запитання «Призначаючи ліки, чи пропонував лікар дешевшу й дорожчу опції?», і як результат: 28,4% в 2020 р. вказують на те, що лікар запропонував різні за ціновими опціями ліки. У 2019 і 2018 роках ми спостерігали схожі частки (20,3% і 30,9 відповідно). З огляду на невелику кількість опитаних у даній категорії порівняння регіональних відмінностей не є можливим. У соціодемографічних категоріях є певні відмінності: пропозицію різних опцій отримували більше представники вікової групи 18–29 років і 60+ (34,3% і 31,0% відповідно) проти 21,6% з групи 30–44 роки, як і люди з доходом 2001–2005 грн на місяць на особу (38,2%), проти тих, хто значиться в групі доходу понад 2500 грн (24,9%), а також у групі 1001–1500 грн (23,6%) і 1501–2000 грн (25,4%).

#### 4.4. Споживання ліків під час стаціонарного лікування

У Розділі 3 вказано, що 9,2% опитаних мали досвід госпіталізації у 2020 р. і 96,1% з них отримали призначення лікарських засобів. Найменше призначень лікарських засобів отримали пацієнти стаціонару в Рівненській області (80,8%) і найбільше (100,0%) – у сімох областях і м. Києві (рис. 4.10). Більша частка пацієнтів стаціонару старшого віку вказують на отримання призначень лікарських засобів (98,8% серед 60-річних і старших на противагу 87,0% серед 18–29-річних). Аналогічні результати – і щодо частки пацієнтів, які отримали призначення, і щодо поділу у вікових групах, – актуальні і для інших хвиль даних.



**Рис. 4.10.** Кількість респондентів, які отримали призначення лікарських засобів під час останньої госпіталізації: зподіл за областями

У середньому одному респондентові було призначено 5,8 найменування лікарських засобів у 2020 р. (подібно до результатів дослідження 2016, 2017, 2018 і 2019 рр.: 6,4, 6,3, 5,9 і 6,4 відповідно). Найменша середня кількість призначених найменувань помічена у Львівській (4,4 найменування) і Харківській (4,5) областях у 2020 р. (рис. 4.11), а найбільша кількість – у Кіровоградській (12,9) і Житомирській (8,9).

Суттєвих відмінностей між соціально-демографічними групами госпіталізованих пацієнтів у середній кількості призначених найменувань ліків не виявлено за винятком освітніх груп: у середньому призначили 7 найменувань тим, хто мав початкову чи неповну загальну середню освіту, проти 5,2 і 5,3 призначень пацієнтам з базовою чи повною вищою освітою відповідно.

Витрати «з кишені» на лікарські засоби під час стаціонарного лікування також зростають (рис. 4.12). У 2020 р. сплачували за лікарські засоби 94,1% пацієнтів стаціонару (табл. 4.7) і витратили в середньому 4550,30 грн (312,90 грн – ст. відхилення). Порівняно з 2019 і 2018 рр. медіанне значення дещо зросло – з 2000 грн до 2500 грн, але більше зросло середнє (у 2019 р. – 3793,30 грн середнє, 259,90 – ст. відхилення; у 2018 р. – 2971,30 грн і 189,90 – ст. відхилення, а в 2017 р. – 2525,13 грн і 4265,5 – ст. відхилення та 1450 грн – медіана).

**Таблиця 4.6**

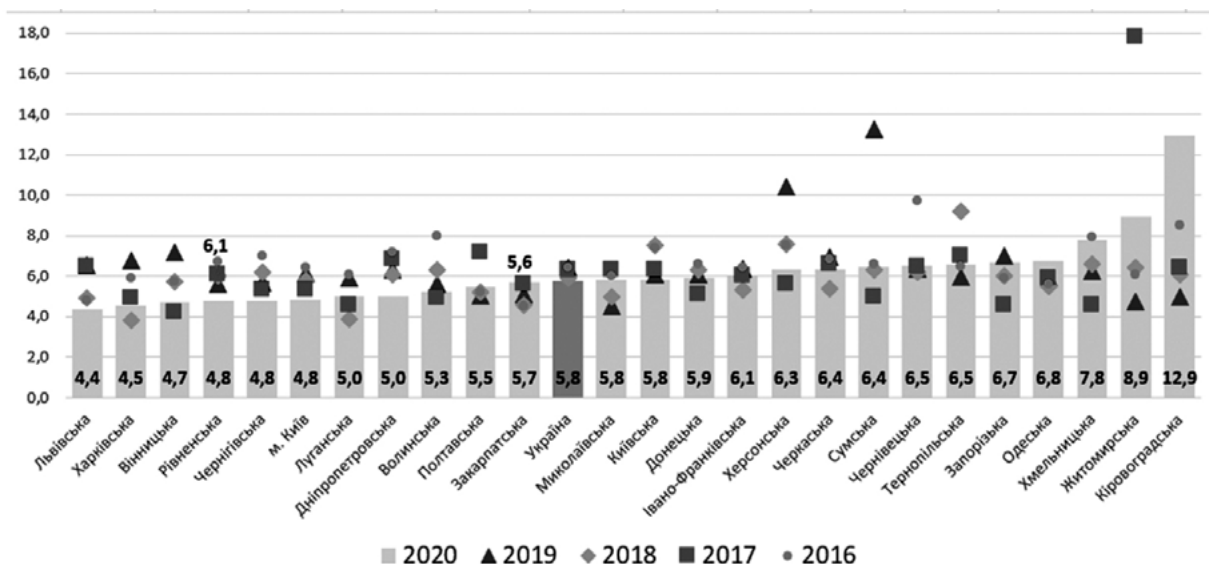
Поділ відповідей на запитання «Призначаючи ліки, чи пропонував лікар дешевшу й дорожчу опції?» і «Лікар призначав діючу речовину, а не назву препаратів?»: соціально-демографічний розріз

		Призначаючи ліки, чи пропонував лікар дешевшу й дорожчу опції? (так)				Лікар призначав діючу речовину, а не назву препаратів? (так)				
		2020	2019	2018	2017	2020	2019	2018	2017	
Загалом	%	28,4	30,3	30,9	40,4	35,7	26,2	24,1	30,9	
	N	622	866	766	1014	644	585	457	678	
СТАТЬ	чоловік	%	24,4	26,1	29,0	38,5	33,5	25,4	26,6	29,1
		N	145	185	171	254	153	136	110	168
	жінка	%	30,4	32,6	31,9	41,4	36,9	26,6	22,8	31,8
		N	477	681	595	760	491	449	347	510
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	%	34,3	29,1	26,6	37,0	36,1	29,5	22,7	30,2
		N	83	104	69	110	82	80	49	86
	30–44 роки	%	21,6	29,3	27,9	38,9	29,7	24,1	21,9	29,4
		N	124	202	150	206	142	146	87	146
	45–59 років	%	27,9	30,9	32,4	38,5	37,5	26,8	26,9	29,0
		N	150	210	221	260	163	150	146	157
	60 років і більше	%	31,0	31,2	34,0	45,1	38,3	25,7	23,9	34,0
		N	265	350	326	438	257	209	175	289
ТИП МІСЦЕВОСТІ	міська	%	29,2	30,4	30,1	41,2	35,1	27,1	24,4	33,2
		N	396	557	468	679	403	394	310	494
	сільська	%	26,6	30,0	32,7	38,4	37,1	23,5	23,3	24,6
		N	226	309	298	335	241	191	147	184

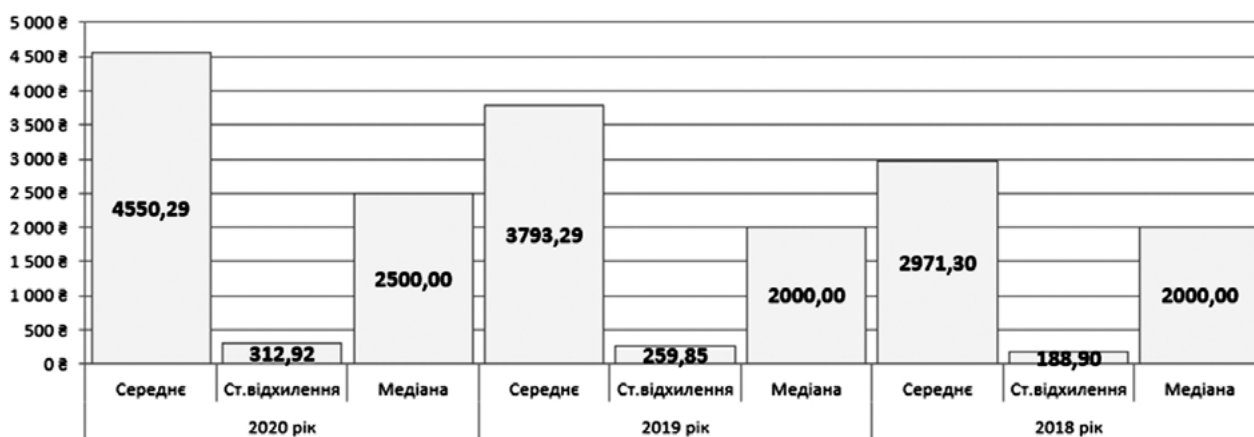


**Таблиця 4.6.** (продовження)

		Призначаючи ліки, чи пропонував лікар дешевшу й дорожчу опції? (так)				Лікар призначав діючу речовину, а не назву препаратів? (так)				
		2020	2019	2018	2017	2020	2019	2018	2017	
РІВЕНЬ ОСВІТИ	початкова чи неповна загальна середня	%	17,8	36,5	21,6	34,6	21,6	34,1	20,2	27,4
		N	12	31	21	36	13	21	14	17
	повна загальна середня	%	26,4	28,9	32,1	38,9	37,3	25,0	22,1	30,5
		N	109	172	169	177	113	114	89	109
	професійно- технічна	%	37,3	32,6	26,6	35,7	40,2	24,7	22,9	30,3
		N	124	147	118	163	118	84	71	111
	неповна вища / середня спеціальна	%	25,7	29,6	28,0	40,0	32,7	24,3	22,3	28,5
		N	195	256	230	303	201	165	135	195
	базова вища (бакалавр)	%	25,6	37,7	35,1	34,8	42,7	40,2	26,8	23,5
		N	46	52	40	37	57	41	28	32
повна вища (спеціаліст, магістр)	%	29,0	28,1	37,2	45,7	34,7	25,6	28,7	34,9	
	N	135	205	185	294	141	156	118	210	
ДОХІД ДОМОГОС- ПОДАРСТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	%	30,0	31,4	34,9	34,5	28,1	20,9	24,9	23,0
		N	65	121	70	117	46	62	39	65
	1001–1500 грн	%	23,6	28,2	35,6	40,0	32,5	20,8	33,9	32,7
		N	47	119	109	260	54	76	77	169
	1501–2000 грн	%	25,4	32,0	34,6	42,8	31,7	28,9	23,7	33,9
		N	85	156	171	205	89	102	88	143
	2001–2500 грн	%	38,2	29,	24,5	41,8	41,7	27,8	17,9	37,9
		N	127	93	81	86	121	69	46	68
	понад 2500 грн	%	24,9	31,8	28,0	46,4	35,2	30,1	26,5	30,6
		N	188	238	149	153	215	169	113	111



**Рис. 4.11.** Кількість найменувань лікарських засобів (середнє значення), які призначали під час останньої госпіталізації: поділ за областями



**Рис. 4.12.** Середнє значення витрат «з кишені» на лікарські засоби, призначені під час останньої госпіталізації, грн

Як і у випадку амбулаторної допомоги, нам було важливо знати, чи купили опитані всі ліки. Виявлено, що у 2020 р. більшість пацієнтів стаціонару купили всі призначені ліки (89,8%), і це більше ніж у 2019 р. – 79,6%. Щоправда, і у 2018 р. значення було досить високим (94,5%). Значення 2019 р. наразі є найнижчим за всі чотири роки спостереження. Серед тих, хто не купував усіх ліків, 39 госпіталізованих зазначили, що не мали необхідних коштів, 24 – не вважали за потрібне купувати все і 15 — не знайшли в аптеці. У 2018, 2017 та 2016 рр. також найбільше було тих, хто не купив усіх ліків, оскільки не мав коштів на лікарські засоби. Через недостатню наповненість груп ми не можемо робити висновки про відмінності в соціодемографічному розрізі.

#### 4.5. Сумарні витрати на лікарські засоби

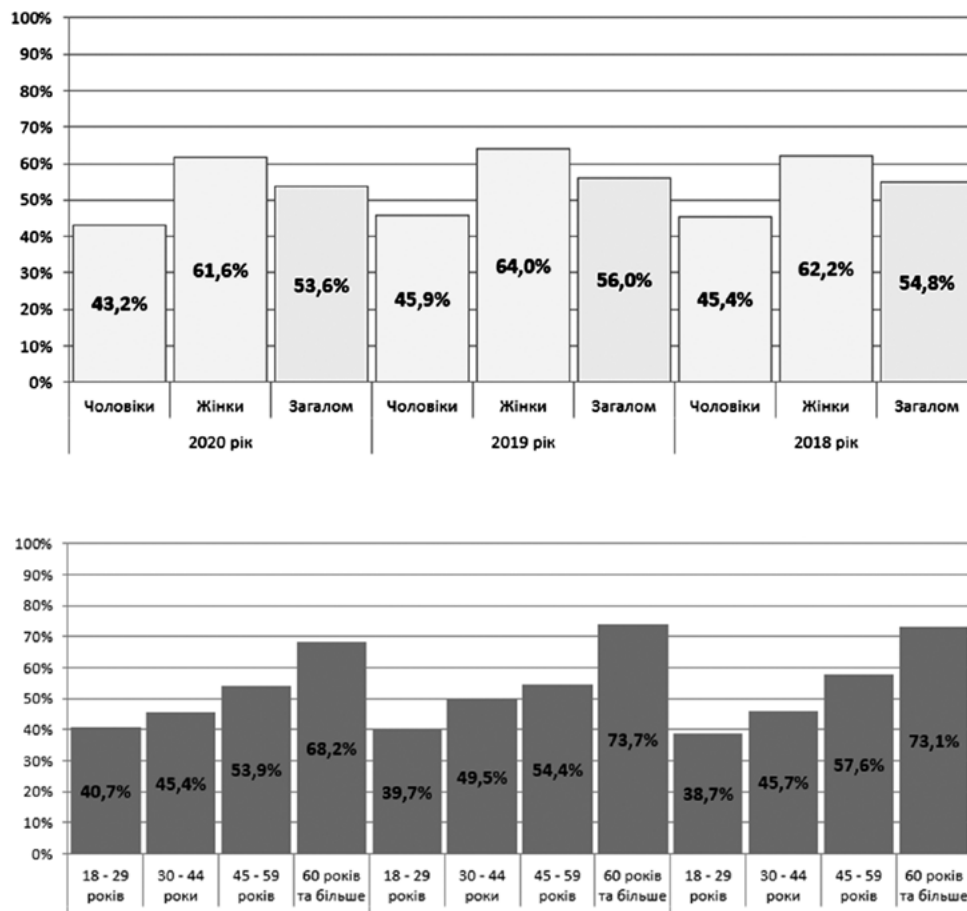
Після виявлення досвіду споживання амбулаторної і стаціонарної медичної допомоги респондентам було поставлено кілька підсумовувальних запитань для того, щоб (а) з'ясувати витрати респондентів на лікування, не пов'язані з власним досвідом хвороби, а, наприклад, виникли через хворобу іншого члена родини, (б) мінімізувати похибку згадування. Тож ми запитували всіх респондентів про витрати на лікарські засоби «протягом останніх 30 днів».

**Таблиця 4.7**

Частка споживачів стаціонарної допомоги, які витрачали кошти «з кишені» на придбання лікарських засобів: соціально-демографічний розріз з-поміж 2016–2020 рр.

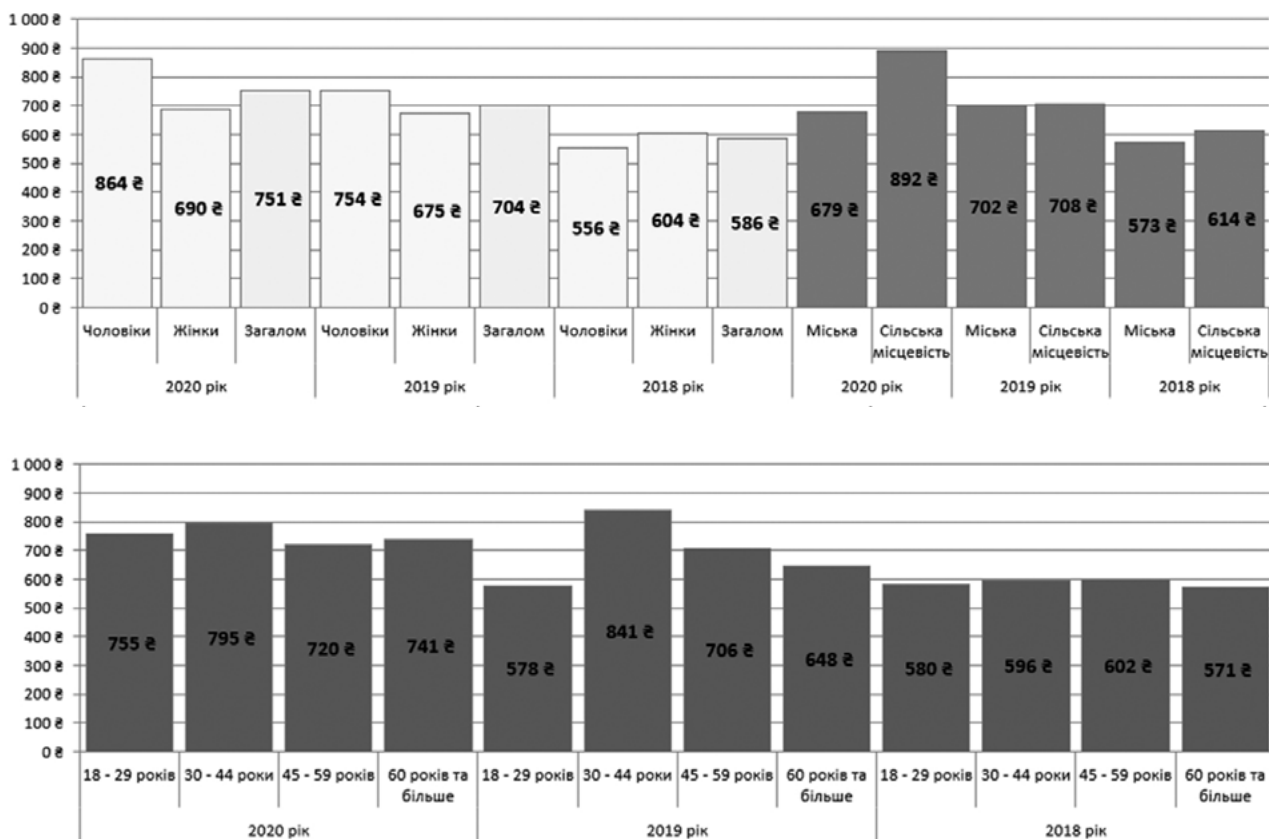
			2020	2019	2018
	Загалом	%	94,1	88,8	97,3
		N	805	1175	1123
СТАТЬ	чоловік	%	93,9	89,4	95,9
		N	241	365	302
	жінка	%	94,2	88,4	98,2
		N	564	810	821
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	%	96,9	85,1	96,8
		N	72	113	121
	30–44 роки	%	93,6	84,3	95,9
		N	146	218	199
	45–59 років	%	93,6	91,5	97,8
		N	181	310	329
	60 років і більше	%	93,8	90,6	98,0
		N	406	534	474
ТИП МІСЦЕ- ВОСТІ	міська	%	93,7	86,8	97,3
		N	477	716	703
	сільська	%	94,7	93,3	97,3
		N	328	459	420
РІВЕНЬ ОСВІТИ	початкова чи неповна загальна середня	%	89,9	91,7	93,6
		N	31	65	45
	повна загальна середня	%	96,0	87,1	96,8
		N	193	264	260
	професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	%	92,1	93,7	98,6
		N	135	204	208
	неповна вища / середня спеціальна	%	93,1	88,6	97,3
N		249	324	325	
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	%	92,5	86,3	92,2
		N	65	146	82
	1001–1500 грн	%	95,7	90,6	96,8
		N	85	182	174
	1501–2000 грн	%	93,8	90,2	98,6
		N	141	225	250
2001–2500 грн	%	97,0	90,7	98,0	
	N	154	138	124	
понад 2500 грн	%	91,9	86,6	98,2	
	N	204	240	221	

В Україні, за даними «Індексу здоров'я – 2020», в середньому 53,6% опитаних звітують про витрати на ліки протягом останніх 30 днів, як показано на **рис. 4.13**. Суттєвих коливань значень між роками немає: у 2019 р. 56,0% мали витрати на ліки, 54,8% у 2018 р. і 52,5% у 2017 р. Проте в соціодемографічному розрізі є кілька суттєвих відмінностей, і вони зберігаються впродовж років обстеження. Більша частка жінок звітують про витрати на ліки: 61,6% проти 43,2% чоловіків, а також більша частка людей старшого віку (60+ років) купують лікарські засоби: 68,2% проти 53,9% серед людей віком 45–59 років, 45,4% у групі 30–44 річних, 40,7% в наймолодшій групі опитаних (18–29 років). Менша частка людей із доходом понад 2500 грн на місяць на особу витрачає гроші на ліки (50,9%) порівняно з іншими групами (55,2– 62,6%).



**Рис. 4.13.** Частка платників за ліки протягом останніх 30 днів (2018–2020 рр.): гендерний і віковий розріз

Щодо середнього розміру витрат протягом останніх 30 днів, то вони становлять 750,50 грн у 2020 р. (32 – ст. відхилення), і за останні роки ми помічаємо зростання таких витрат: 703,80 грн у 2019 р. (20,6 – ст. відхилення), 586,30 грн у 2018 р. (20 – ст. відхилення) (**рис. 4.14**). Найбільше медіанне значення помічено в 2019 р.: 350 грн проти 300 грн як у 2020 р., так і в 2018 р.



**Рис. 4.14.** Середній розмір витрат «з кишені» на ліки протягом останніх 30 днів (2018–2020 рр.): соціодемографічний розріз

Мешканці сільської місцевості протягом 30 днів на ліки витратили більше (891,90 грн), ніж мешканці міст (678,70 грн). Також чоловіки звітують про більші за розміром витрати на ліки (8643,70 грн), ніж жінки (689,50 грн). У попередні роки таких відмінностей не спостерігалось.

У підсумку «Індекс здоров'я. Україна» у 2020 р. виявив позитивне оцінювання програми «Доступні ліки» її прямими споживачами – пацієнтами. Вони вважають, що ліки стали доступнішими. Проте залишається багато нозологій, які не включені у програму «Доступні ліки», і з лікуванням таких станів можуть бути пов'язані витрати «з кишені» пацієнтів на ліки у випадках самолікування і споживання амбулаторної допомоги.

Загалом ми спостерігаємо, що розміри витрат на лікарські засоби збільшуються щороку. Проте помічено кілька напрямів, у яких спостерігається позитивна динаміка: зростає частка споживачів амбулаторної допомоги, яким було відшкодовано витрати на лікарські засоби; зменшується частка тих, хто купує лікарські засоби під час самолікування. Частки платників, а також розміри платежів у розрізі регіонів коливаються з кожним роком, що не дає змоги сформулювати висновки, які охарактеризували б регіони з точки зору витрат на ліки й особливостей споживання.

## **РОЗДІЛ 5.**

# **ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА СПРИЙНЯТТЯ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **Основні результати:**

- переважна більшість населення в цілому задоволена медичною допомогою, яку надають різні суб'єкти охорони здоров'я, хоча рівень задоволеності різними складовими відрізняється. За даними 2020 р., найбільшою мірою жителі країни задоволені сімейними лікарями («скоріше» або «цілком задоволені» 74,1%), стоматологами (72,9%), педіатрами (72,2%), дещо менше – швидкою медичною допомогою (66,5%), вузькими спеціалістами в поліклініці (62,7%), пологовими будинками (59,3%) і найменше – допомогою у стаціонарі (51,1%);
- порівняно з минулим роком дещо зросла задоволеність населення роботою швидкої медичної допомоги (на 5,7 в.п., із 60,8% у 2019 р. до 66,5% у 2020 р.). Задоволеність роботою сімейних лікарів і стоматологів протягом останніх років залишається стало високою, проте задоволеність медичною допомогою, яку надають вузькі спеціалісти в поліклініці, а також допомогою в стаціонарах порівняно з початком моніторингу знизилася на 5 в.п.;
- задоволеність медичною допомогою в регіональному розрізі залишається неоднаковою, що може свідчити про відмінність у якості й доступності послуг з охорони здоров'я у різних областях або різних очікуваннях з боку населення. За даними опитування 2020 р., найбільшою мірою різними складовими системи охорони здоров'я задоволені жителі Волинської, Херсонської, Рівненської, Житомирської, Донецької областей, найменшою – жителі Кіровоградської, Сумської, Вінницької, Запорізької та Закарпатської;
- більшість жителів країни протягом минулого року не відчули змін у якості чи фінансовій, територіальній або часовій доступності медичної допомоги, проте серед решти трохи більше тих, хто зауважив погіршення ситуації, ніж поліпшення. Із негативних змін, найбільша частка населення вказували на погіршення фінансової доступності медичної допомоги всіх рівнів: 20,5% відзначають погіршення фінансової доступності медичної допомоги, яку надають сімейні лікарі чи педіатри, 20,8% – спеціалісти в поліклініці, 20,7% – у лікарнях. Із поліпшень найчастіше опитувані зауважували поліпшення якості медичної допомоги: на думку 10,9%, протягом минулого року поліпшилася якість медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем чи педіатром, 4,7% – спеціалістами в поліклініці, 4,1% – у лікарні;
- основними проблемами в системі охорони здоров'я, на думку більшості населення, як і раніше, є висока вартість ліків (серед трьох основних проблем назвали 54,3%) та висока вартість лікування (50,9%). Також високою мірою актуальними проблемами залишаються нестача сучасного обладнання (34,9%) і корупція в Міністерстві охорони здоров'я (31,7%);
- уявлення населення про те, хто несе відповідальність за поліпшення функціонування медичного закладу, залишаються доволі сталими. Як і в попередні роки, абсолютна більшість населення (74,0%) вважають, що поліпшення роботи медичних закладів залежить від міністра охорони здоров'я, 42,2% – від головного лікаря, 32,8% – від президента, 27,1% – від прем'єр-міністра.

Задоволеність населення медичною допомогою є важливим показником її якості, оскільки комплексно характеризує, наскільки наявні послуги відповідають очікуванням і потребам населення. Відповідно, моніторинг задоволеності медичною допомогою може бути корисним інструментом для виявлення прогалин і прийняття рішень, спрямованих на поліпшення якості та доступності медичної допомоги в країні.

Задоволеність медичною допомогою не лише свідчить про якість і доступність послуг з охорони здоров'я, а й є важливою для поліпшення здоров'я населення в майбутньому, оскільки позитивно впливає на поведінкові наміри та практики людей у разі хвороби, зокрема люди, які задоволені системою охорони здоров'я, рідше вдаються до самолікування<sup>28</sup>, краще дотримуються рекомендацій лікаря та призначеного лікування<sup>29</sup>, що, у свою чергу, допомагає зберегти здоров'я людини.

У цьому дослідженні задоволеність медичною допомогою розглядається як багатовимірний концепт, що включає фактичну міру задоволеності медичною допомогою, яку надають різні суб'єкти охорони здоров'я. Окрім цього, дослідження фіксує те, як люди сприймають зміни, що відбуваються, а також уявлення людей про найактуальніші проблеми у сфері охорони здоров'я, що доповнює картину сприйняття поточної ситуації й очікувань населення від медичної реформи.

### 5.1. Задоволеність медичною допомогою

Задоволеність медичною допомогою в даному дослідженні вимірювалася за допомогою запитань: «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 [суб'єктом системи охорони здоров'я]?» Шкала для відповідей мала чотири категорії, від 1 – «зовсім незадоволений» до 4 – «цілком задоволений».

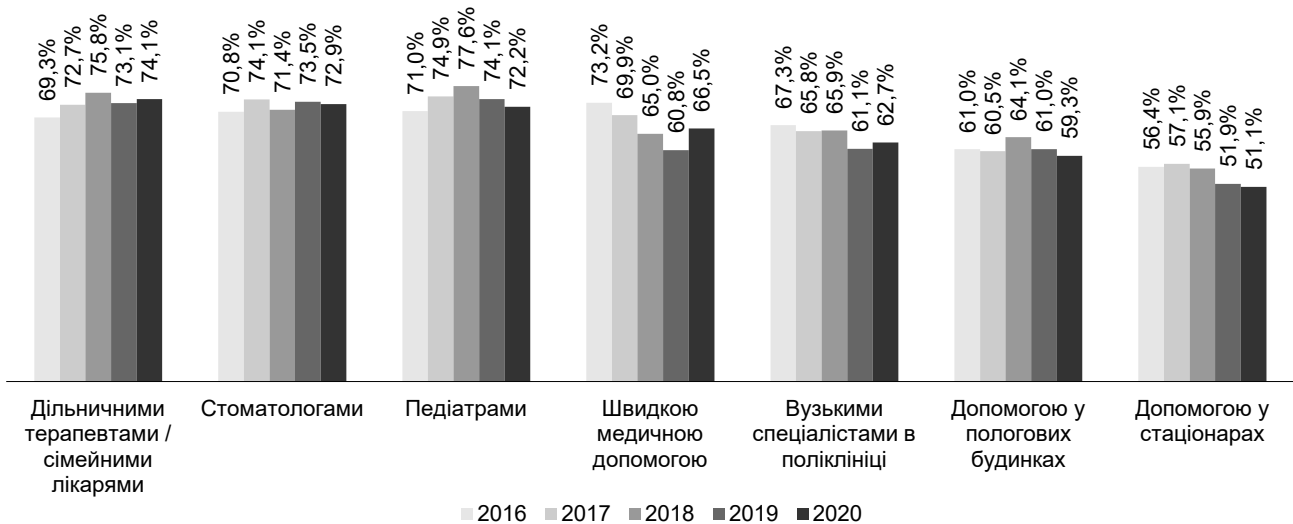
За результатами опитування 2020 р., переважна більшість населення залишається в цілому задоволеною тим, як працюють різні складові системи охорони здоров'я в Україні: за всіма позиціями відсоток тих, хто вказав, що вони «скоріше» або «цілком задоволені» медичною допомогою, перевищує 50 (рис. 5.1).

Як і в попередні роки, найбільшою мірою жителі країни задоволені сімейними лікарями («скоріше» або «цілком задоволені» 74,1%), стоматологами (72,9%), педіатрами (72,2%), дещо меншою мірою – швидкою медичною допомогою (66,5%), вузькими спеціалістами в поліклініці (62,7%), пологовими будинками (59,3%) і найменше – допомогою у стаціонарі (51,1%).

Дані опитувань свідчать, що задоволеність населення більшістю аспектів медичної допомоги протягом останніх років не поліпшується. Порівняно з минулим роком збільшилася лише частка тих, хто задоволений роботою швидкої допомоги (на 5,7 в.п., із 60,8% у 2019 р. до 66,5% у 2020 р.), проте рівень задоволеності роботою швидкої все одно нижчий, ніж на початку моніторингу. Міра задоволеності роботою сімейних лікарів і стоматологів протягом останніх років практично не змінилася. Задоволеність медичною допомогою, яку надають педіатри, а також допомогою в пологових будинках дещо зросла у 2018 р., після чого повернулася до попереднього рівня. Водночас задоволеність роботою вузьких спеціалістів у поліклініці, а також допомогою у стаціонарах має тенденцію до зниження і порівняно з 2016 р. знизилася приблизно на 5 в.п.

28 Grigoryan, L., Burgerhof, J. G., Degener, J. E., Deschepper, R., Lundborg C. S., et al. (2008). Determinants of self-medication with antibiotics in Europe: the impact of beliefs, country wealth and the healthcare system. *J Antimicrob Chemother* 61: 1172–1179 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18296694/>; Alghanim, S.A. (2011). Self-medication practice among patients in a public health care system. *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal*, 17 (5): 409–416. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/118634>

29 Barbosa, C. D., Balp, M. M., Kulich, K., Germain, N., & Rofail, D. (2012). A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient preference and adherence*, 6, 39–48. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3262489/>



**Рис. 5.1.** Задоволеність медичною допомогою серед населення: порівняння за роками (відсоток відповідей «скоріше задоволені» або «цілком задоволені»)

На задоволеність медичною допомогою впливають як характеристики медичного обслуговування (якість, доступність тощо), так і характеристики споживачів цих послуг (соціально-демографічні ознаки, стан здоров'я тощо), що обумовлюють потреби й очікування щодо медичної допомоги, виходячи з яких люди й оцінюють власну задоволеність цими послугами.

За даними проведеного опитування, медичною допомогою в Україні дещо більшою мірою задоволені жінки, люди молодшого віку (18–29 років), мешканці міст, люди із середнім чи високим рівнем достатку (понад 1000 грн на особу) та із хорошим станом здоров'я. Натомість люди старшого віку, мешканці сільської місцевості, люди з низьким рівнем доходів і поганим здоров'ям у середньому трохи меншою мірою задоволені медичною допомогою, яку вони отримують (**табл. 5.1**).

Відмінність у рівні задоволеності медичною допомогою між мешканцями міст і сільської місцевості може свідчити про те, що якість доступної медичної допомоги в містах трохи вища, ніж у селах. Люди старшого віку, із поганим станом здоров'я чи низьким рівнем достатку можуть бути меншою мірою задоволені медичною допомогою через високу потребу в медичних послугах і обмеження можливості їх отримання, особливо враховуючи те, що ці фактори (старший вік, поганий стан здоров'я та низький дохід) нерідко поєднуються. Тобто можна зауважити, що хоча в цілому жителі країни радше задоволені, ніж незадоволені медичною допомогою, проте рівень задоволеності медичними послугами помітно залежить від потреб і фінансових можливостей отримувачів, і вразливі категорії населення (люди старшого віку, із поганим станом здоров'я та низькими доходами) рідше мають доступ до послуг, якістю яких вони були б задоволені.



**Таблиця 5.1**

Задоволеність медичною допомогою за соціально-демографічними характеристиками, 2020 р. (відповіді «скоріше задоволені» або «цілком задоволені»), %

	Сімейними лікарями	Стомато- логами	Педіатрами	Швидкою медичною допомогою	Вузькими спеціаліс- тами в поліклініці	Допомогою у пологових будинках	Допомогою у стаціонарах
Загалом	74,1	72,9	72,2	66,5	62,7	59,3	51,1
<b>СТАТЬ</b>							
чоловіки	72,8	71,7	67,4	63,6	61,9	50,1	48,2
жінки	75,1	73,8	75,3	68,7	63,4	63,9	53,3
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>							
18–29 років	82,6	83,2	81,2	67,7	73,7	73,5	58,8
30–44 роки	76,6	76,2	77,7	66,3	63,1	61,7	50,1
45–59 років	68,7	68,9	61,6	62,2	55,3	49,6	45,8
60 років і більше	71,9	65,3	59,5	69,6	63,0	46,0	52,9
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>							
міська	75,7	73,8	74,6	67,8	64,6	61,7	51,9
сільська	70,6	70,7	66,9	64,0	58,7	54,4	49,6
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>							
до 1000 грн	66,3	64,9	63,5	55,6	56,0	47,9	43,5
1001–1500 грн	74,7	72,0	75,0	65,7	61,5	62,4	51,2
1501–2000 грн	74,5	70,6	75,3	74,9	65,4	66,9	57,4
2001–2500 грн	77,0	69,0	78,3	70,3	61,7	61,5	50,0
понад 2500 грн	75,8	76,6	73,4	67,4	65,2	60,6	52,7
<b>САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я</b>							
дуже погане	56,6	64,5	49,0	68,4	49,3	42,6	47,1
погане	64,1	60,4	55,2	65,7	56,8	40,7	50,5
посереднє – не добре, але й не погане	68,8	68,6	65,3	64,8	57,3	48,3	47,7
добре	79,5	75,8	76,3	68,0	66,6	66,5	53,0
дуже добре	83,0	84,1	82,8	68,1	74,5	66,9	60,3

Дані опитування свідчать про існування суттєвих регіональних відмінностей у задоволеності медичною допомогою. Загалом, за даними опитування 2020 р., найбільшою мірою різними складовими системи охорони здоров'я задоволені жителі Волинської, Херсонської, Рівненської, Житомирської, Донецької областей – у цих областях міра задоволеності всіма компонентами медичної допомоги вища за середнє значення для країни. Відносно нижчий рівень задоволеності медичною допомогою спостерігається в Кіровоградській, Сумській, Вінницькій, Запорізькій та Закарпатській областях (**табл. 5.2**).

**Таблиця 5.2**

Задоволеність медичною допомогою за областями, 2020 р. (відповіді «скоріше задоволені» або «цілком задоволені»), %

	Сімейними лікарями	Стомато- логами	Педіатрами	Швидкою медичною допомогою	Вузкими спеціаліс- тами в поліклініці	Допомогою у пологових будинках	Допомогою у стаціонарах
Україна	74,1	72,9	72,2	66,5	62,7	59,3	51,1
Вінницька	55,9	57,1	51,4	50,5	38,2	34,7	31,4
Волинська	86,4	81,1	86,0	74,0	73,3	75,7	66,4
Дніпропетровська	77,3	78,9	74,6	82,8	64,1	60,7	55,0
Донецька	80,1	82,2	89,1	82,8	75,1	64,8	58,1
Житомирська	87,3	80,6	88,7	71,2	70,4	82,5	54,1
Закарпатська	69,7	64,2	61,9	57,7	51,4	39,5	35,2
Запорізька	62,8	67,6	69,0	44,7	42,8	41,8	33,3
Івано-Франківська	71,9	82,3	74,3	58,5	58,9	51,9	51,3
Київська	67,9	70,2	70,1	61,8	58,9	49,2	43,5
Кіровоградська	32,8	68,5	45,2	21,3	46,1	59,0	36,4
Луганська	94,2	22,2	57,8	84,7	61,3	98,9	81,9
Львівська	82,1	80,3	82,4	58,4	70,8	68,4	56,7
Миколаївська	69,6	70,7	85,5	63,3	67,2	70,5	57,4
Одеська	70,9	71,6	74,3	67,0	63,1	52,0	49,3
Полтавська	67,8	70,5	68,5	69,3	61,0	59,4	52,8
Рівненська	80,0	82,3	83,3	74,0	74,0	75,8	68,5
Сумська	58,5	56,1	50,2	42,1	44,5	32,6	31,0
Тернопільська	78,8	85,8	75,8	63,1	73,0	65,4	60,9
Харківська	77,7	77,8	73,1	68,5	76,5	65,2	55,8
Херсонська	80,0	79,9	83,4	82,4	80,0	68,4	66,0
Хмельницька	71,6	68,4	59,4	63,6	53,0	55,7	47,0
Черкаська	70,3	65,5	69,7	73,2	62,7	57,2	57,1
Чернівецька	78,9	82,9	78,9	70,9	71,8	61,6	49,7
Чернігівська	71,7	78,9	85,9	79,0	72,3	74,3	57,2
м. Київ	68,0	80,2	66,5	53,6	52,1	62,5	45,8

Якщо поглянути на динаміку задоволеності медичною допомогою за областями (рис. 5.2), можна зауважити, що в деяких областях рівень задоволеності є стало високим або поліпшується, тоді як інших тенденцій до поліпшення дослідження не фіксує.

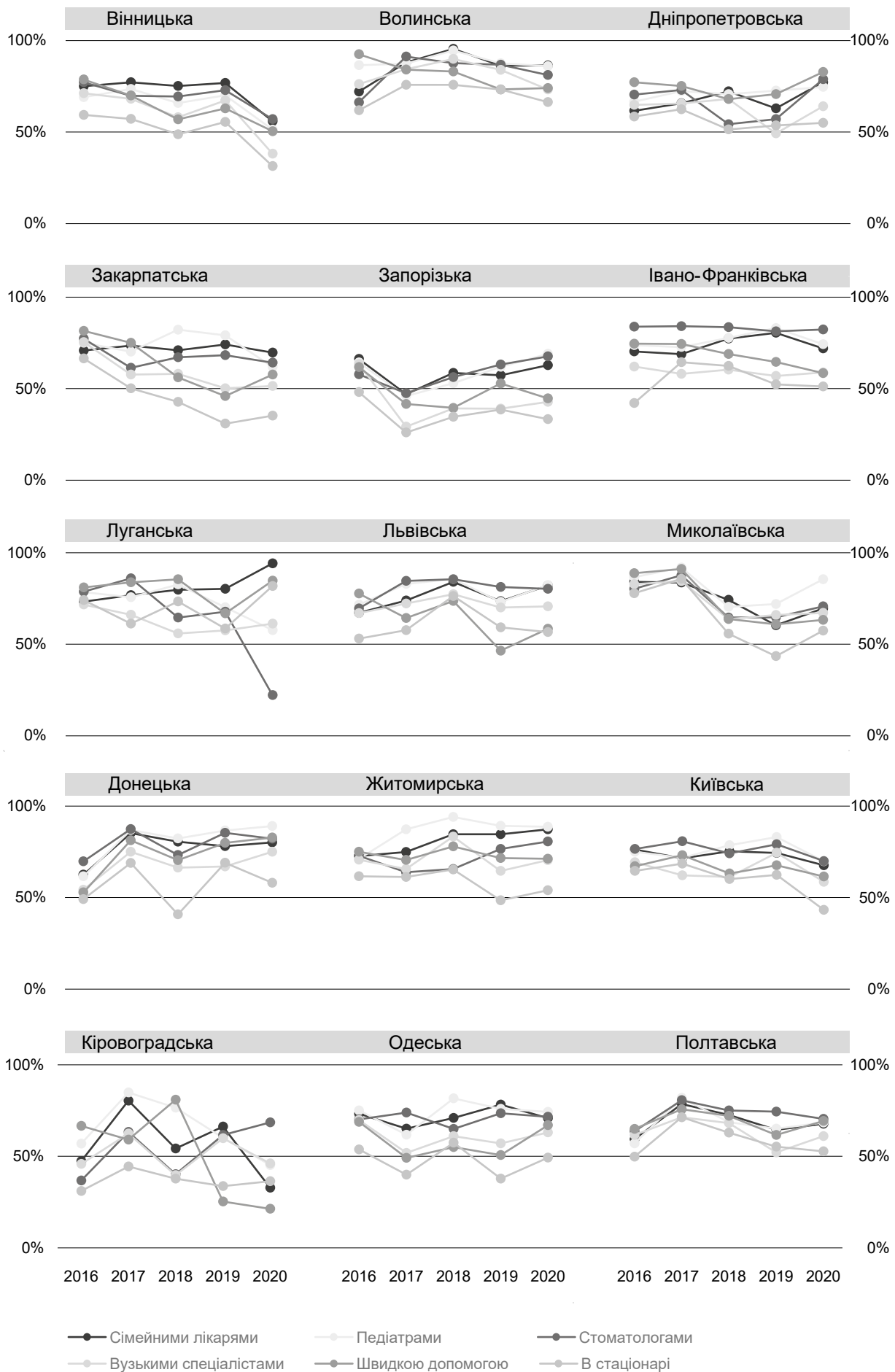
Зокрема, областями з відносно стабільно високим рівнем задоволеності населення медичною допомогою є Волинська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Херсонська та Чернігівська. Жителі Житомирської, Донецької та Чернівецької областей також доволі високою мірою задоволені різними складовими медичної допомоги, окрім стаціонарного лікування. Жителі Луганської області задоволені сімейними лікарями, швидкою допомогою та стаціонарним лікуванням, проте меншою мірою – медичною допомогою, яку надають вузькі спеціалісти, педіатри та стоматологи.

Невисокий рівень або тенденція до погіршення задоволеності населення медичною допомогою простежується у Вінницькій, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Сумській областях.

У Запорізькій області рівень задоволеності населення медичною допомогою залишається нижчим, аніж у середньому по країні, проте протягом останніх трьох років спостерігається тенденція до поліпшення, особливо – стосовно роботи сімейних лікарів, педіатрів і стоматологів.

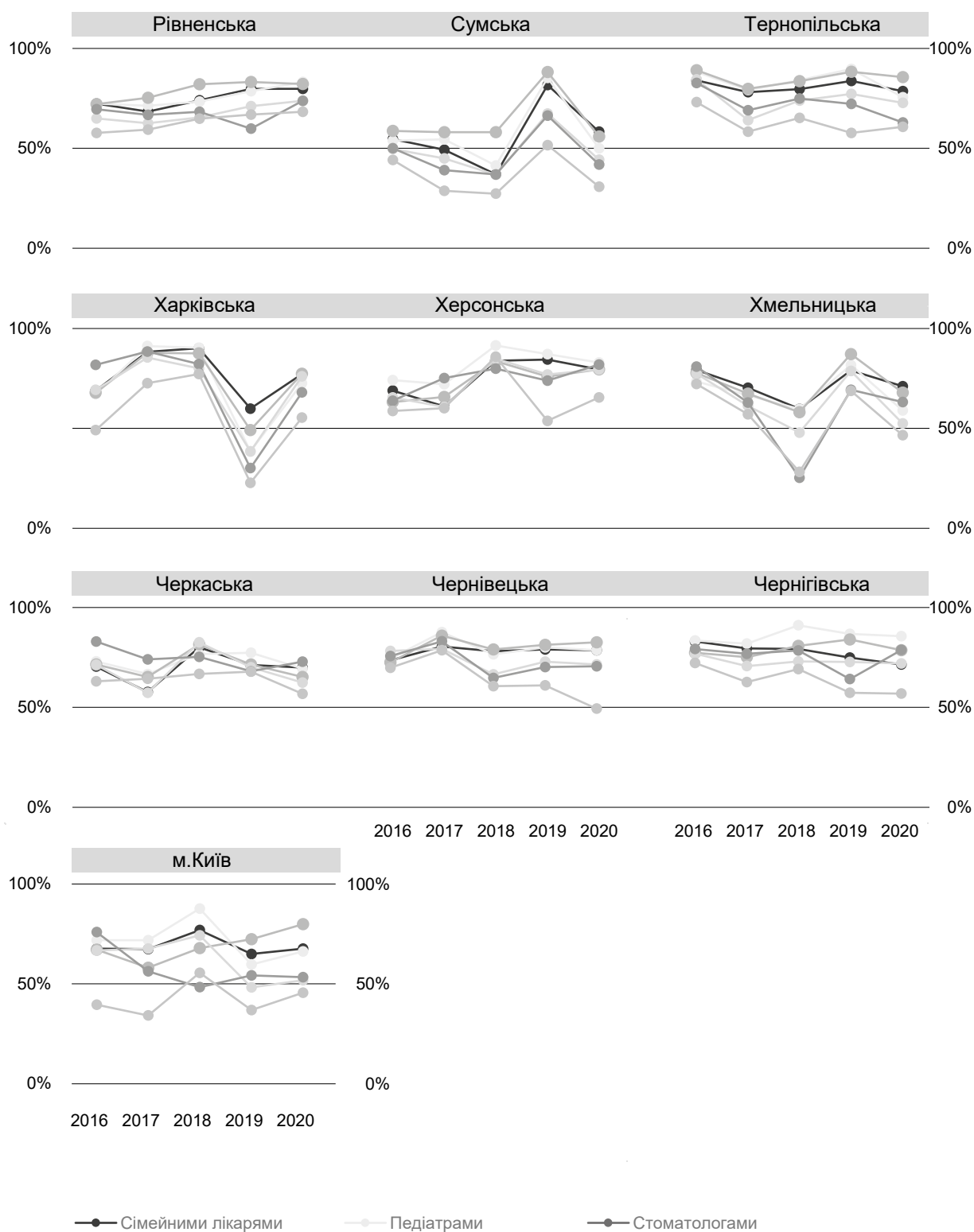
У Миколаївській області протягом останніх трьох років дещо зросла задоволеність роботою педіатрів, але рівень задоволеності іншими видами медичної допомоги залишається відносно нижчим, ніж три роки тому.

Тобто задоволеність населення медичною допомогою в регіональному розрізі залишається неоднорідною й має різні тенденції до змін.



(продовження на наступній сторінці)

(продовження)



**Рис. 5.2.** Динаміка задоволеності медичною допомогою за областями, 2016–2020 рр. (відповіді «скоріше задоволені» або «цілком задоволені»), %

## 5.2. Сприйняття змін у наданні послуг з охорони здоров'я

Під час цього річного опитування, як і в попередніх дослідженнях, респондентів просили оцінити зміни, які вони могли спостерігати впродовж останнього року в трьох аспектах медичної допомоги (якість, фінансова доступність і територіальна або часова доступність) для трьох рівнів цієї допомоги – сімейний лікар чи педіатр, вузькі спеціалісти в поліклініці й у стаціонарі (лікарні).

Як показують отримані дані, більшість жителів країни протягом минулого року не відчули змін у якості чи доступності медичної допомоги, але серед решти переважають ті, хто вважає, що ситуація погіршилася (рис. 5.3).

Зокрема, відповідаючи на запитання стосовно медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем чи педіатром, 75,6% вказали, що якість цих послуг протягом минулого року не змінилася, 10,9% – поліпшилася і 13,4% – погіршилася. Фінансова доступність медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем чи педіатром, не змінилася на думку 75,8%, поліпшилася – 3,7%, погіршилася – 20,5%. Територіальна або часова доступність первинної медичної допомоги не змінилася на думку 83,6%, поліпшилася – 4,3%, погіршилася – 12,1%.

Оцінюючи зміни в медичній допомозі, яка надається спеціалістами в поліклініці, більшість (81,1%) відповіли, що якість цього виду медичної допомоги протягом минулого року не змінилася, на думку 4,7%, вона поліпшилася і 14,2% – погіршилася. Фінансова доступність медичної допомоги, яку надають спеціалісти в поліклініці, не змінилася, на думку 77,0%, поліпшилася – 2,2%, погіршилася – 20,8%. Територіальна або часова доступність цієї медичної допомоги не змінилася, на думку 83,7%, поліпшилася – 2,6%, погіршилася – 13,7%.

Зміни в медичній допомозі, яка надається в лікарнях, опитані оцінюють так. На думку більшості (81,8%), протягом останніх 12 місяців якість медичної допомоги, яка надається в лікарнях, не змінилася, 4,1% – поліпшилася і 14,0% – погіршилася. Фінансова доступність стаціонарного лікування не змінилася, на думку 77,7%, поліпшилася – 1,6%, погіршилася – 20,7%. Територіальна або часова доступність цієї медичної допомоги не змінилася, на думку 88,8%, поліпшилася – 1,3%, погіршилася – 9,9%.



Рис. 5.3. Оцінка зміни якості та доступності різних рівнів медичної допомоги за останні 12 місяців, 2020 р.

Як можна побачити з **табл. 5.3**, погіршення якості й фінансової доступності медичної допомоги різних рівнів частіше відзначають люди старшого віку, а також люди з поганим станом здоров'я й нижчим рівнем доходів, тобто саме ті категорії населення, які найбільшою мірою потребують медичної допомоги і для яких медичні витрати є найбільш відчутними. Натомість молоді люди (18–29 років) і люди з хорошим станом здоров'я трохи частіше зауважували, що якість медичної допомоги протягом минулого року поліпшилася. Тобто на сприйняття змін у наданні медичної допомоги впливають також потреби й очікування споживачів цієї допомоги, і чим вищими є ці потреби, тим критичніше люди сприймають зміни, що відбуваються.

За областями, найбільш позитивно зміни в якості й доступності різних рівнів медичної допомоги сприймають жителі Львівської та Херсонської областей, найбільш негативно – Вінницької, Запорізької, Кіровоградської та Хмельницької (**табл. 5.4**). Як зауважувалося раніше (**рис. 5.2**), у Вінницькій, Кіровоградській і Хмельницькій областях також знизився рівень задоволеності населення медичною допомогою, що може свідчити про справжнє погіршення якості та доступності медичної допомоги в цих областях. Водночас у Запорізькій області рівень задоволеності медичною допомогою поступово поліпшується, хоч і залишається нижчим за середній, тому уявлення про погіршення якості чи доступності медичної допомоги можуть частково віддзеркалювати невдоволення поточною ситуацією, а не свідчити про негативну динаміку.

Таблиця 5.3

Оцінювання зміни якості та доступності різних рівнів медичної допомоги за останні 12 місяців за соціально-демографічними характеристиками, 2020 р., %

	СІМЕЙНИЙ ЛІКАР / ПЕДІАТР									ВУЗЬКІ СПЕЦІАЛІСТИ В ПОЛІКЛІНІЦІ									В ЛІКАРНІ									
	Якість медичної допомоги			Фінансова доступність			Територіальна або часова доступність			Якість медичної допомоги			Фінансова доступність			Територіальна або часова доступність			Якість медичної допомоги			Фінансова доступність			Територіальна або часова доступність			
	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	
<b>Загалом</b>	<b>10,9</b>	<b>13,4</b>	<b>75,6</b>	<b>3,7</b>	<b>20,5</b>	<b>75,8</b>	<b>4,3</b>	<b>12,1</b>	<b>83,6</b>	<b>4,7</b>	<b>14,2</b>	<b>81,1</b>	<b>2,2</b>	<b>20,8</b>	<b>77,0</b>	<b>2,6</b>	<b>13,7</b>	<b>83,7</b>	<b>4,1</b>	<b>14,0</b>	<b>81,8</b>	<b>1,6</b>	<b>20,7</b>	<b>77,7</b>	<b>1,3</b>	<b>9,9</b>	<b>88,8</b>	
	СТАТЬ																											
чоловіки	9,9	13,6	76,5	3,5	19,2	77,3	3,9	11,0	85,1	4,2	14,3	81,5	2,3	19,6	78,1	2,5	13,1	84,4	3,8	13,8	82,5	1,4	19,9	78,8	1,1	9,8	89,2	
жінки	11,8	13,3	75,0	3,9	21,4	74,8	4,6	13,0	82,4	5,0	14,2	80,8	2,1	21,7	76,2	2,7	14,1	83,2	4,5	14,2	81,3	1,8	21,4	76,8	1,4	10,1	88,5	
	ВІКОВА ГРУПА																											
18–29 років	14,2	9,1	76,7	4,3	12,6	83,1	5,2	9,8	85,1	6,1	11,2	82,7	2,2	16,6	81,2	3,2	11,9	84,9	5,6	9,8	84,6	2,0	16,1	81,9	1,5	8,4	90,1	
30–44 роки	12,2	11,6	76,2	4,5	17,9	77,6	5,8	11,2	83,0	5,3	13,7	81,1	2,8	18,3	78,9	3,3	12,9	83,8	4,4	13,1	82,5	1,8	19,0	79,1	1,5	9,8	88,8	
45–59 років	10,0	15,4	74,6	3,1	23,1	73,8	3,4	12,3	84,3	4,2	15,4	80,4	1,9	22,8	75,3	2,1	13,6	84,3	2,9	14,6	82,6	1,6	22,1	76,3	0,9	10,2	89,0	
60 років і більше	8,7	15,8	75,4	3,1	24,9	72,0	3,1	14,1	82,8	3,8	15,3	80,8	1,8	23,8	74,4	2,0	15,5	82,5	4,3	16,8	79,0	1,2	23,5	75,3	1,2	10,7	88,0	
	ТИП МІСЦЕВОСТІ																											
міська	10,9	13,2	75,9	4,0	19,6	76,4	4,8	10,8	84,5	5,0	13,6	81,4	2,3	19,5	78,2	2,9	12,5	84,5	4,3	12,8	82,9	1,7	19,1	79,1	1,5	7,8	90,7	
сільська	11,1	13,9	75,0	3,1	22,3	74,7	3,2	15,1	81,7	4,0	15,7	80,3	1,8	23,8	74,3	1,8	16,3	81,9	3,7	16,9	79,4	1,3	24,3	74,4	0,7	14,6	84,6	
	ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ																											
до 1000 грн	7,8	18,0	74,2	3,3	21,5	75,3	2,3	12,7	85,0	2,6	23,5	73,9	1,2	28,1	70,7	1,9	17,7	80,4	2,8	23,3	73,9	1,2	24,4	74,3	0,8	15,4	83,8	
1001–1500 грн	11,8	15,2	73,0	4,2	23,1	72,8	4,0	14,9	81,1	5,8	15,8	78,4	2,2	23,4	74,4	2,2	17,1	80,7	4,3	19,6	76,1	0,6	24,5	74,9	1,7	13,9	84,5	
1501–2000 грн	11,1	12,9	75,9	4,3	22,7	73,0	4,9	11,8	83,3	4,7	11,9	83,4	1,9	20,9	77,2	2,5	13,4	84,1	5,4	11,8	82,8	2,3	21,7	76,0	1,9	8,0	90,1	
2001–2500 грн	12,5	14,5	73,0	2,4	25,5	72,1	3,9	12,7	83,5	4,5	16,7	78,9	2,2	23,3	74,4	1,4	14,7	83,9	3,4	14,9	81,7	1,0	23,6	75,4	1,0	10,8	88,2	
понад 2500 грн	11,1	10,9	78,0	3,7	16,8	79,5	5,0	10,6	84,4	4,8	11,2	84,0	2,2	17,2	80,6	3,1	10,7	86,2	3,9	9,5	86,6	2,0	16,4	81,6	1,1	7,1	91,7	
	САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я																											
дуже погане	9,4	37,0	53,7	0,5	37,8	61,6	0,6	23,9	75,5	2,3	19,1	78,5	1,0	39,1	59,9	1,8	26,5	71,7	1,4	25,1	73,5	0,0	35,4	64,6	0,6	11,9	87,5	
погане	7,6	22,6	69,9	3,0	30,1	66,9	3,0	15,8	81,2	3,6	21,0	75,4	1,0	32,3	66,7	3,0	18,8	78,2	4,8	19,6	75,6	1,5	29,7	68,8	0,9	12,7	86,5	
посереднє – не добре, але й не погане	8,3	15,6	76,0	2,8	24,3	72,9	3,1	15,4	81,5	4,0	17,7	78,3	1,9	24,3	73,8	1,9	16,9	81,1	3,8	17,9	78,3	1,4	24,4	74,2	1,2	13,5	85,3	
добре	13,4	10,0	76,7	4,6	16,6	78,7	5,4	9,1	85,5	5,4	11,1	83,4	2,6	17,2	80,2	3,2	10,6	86,2	4,6	10,1	85,3	1,8	16,7	81,6	1,4	7,2	91,4	
дуже добре	13,2	9,4	77,5	3,7	12,2	84,0	5,1	8,2	86,7	5,1	8,2	86,8	2,3	11,3	86,4	2,0	9,5	88,5	3,4	10,1	86,5	1,3	14,8	83,9	1,1	6,3	92,6	

Таблиця 5.4

Оцінювання зміни якості та доступності різних рівнів медичної допомоги за останні 12 місяців за областями, 2020 р., %

	СІМЕЙНИЙ ЛІКАР / ПЕДІАТР									ВУЗЬКІ СПЕЦІАЛІСТИ В ПОЛІКЛІНІЦІ									В ЛІКАРНІ										
	Якість медичної допомоги			Фінансова доступність			Територіальна або часова доступність			Якість медичної допомоги			Фінансова доступність			Територіальна або часова доступність			Якість медичної допомоги			Фінансова доступність			Територіальна або часова доступність				
	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася	Не змінилася	Поліпшилася	Погіршилася
<b>Україна</b>	<b>10,9</b>	<b>13,4</b>	<b>75,6</b>	<b>3,7</b>	<b>20,5</b>	<b>75,8</b>	<b>4,3</b>	<b>12,1</b>	<b>83,6</b>	<b>4,7</b>	<b>14,2</b>	<b>81,1</b>	<b>2,2</b>	<b>20,8</b>	<b>77,0</b>	<b>2,6</b>	<b>13,7</b>	<b>83,7</b>	<b>4,1</b>	<b>14,0</b>	<b>81,8</b>	<b>1,6</b>	<b>20,7</b>	<b>77,7</b>	<b>1,3</b>	<b>9,9</b>	<b>88,8</b>		
Вінницька	6,4	23,2	70,4	1,4	23,7	74,9	1,7	8,9	89,4	2,6	38,9	58,5	0,8	39,1	60,2	2,2	16,9	80,9	5,7	37,0	57,3	1,4	37,3	61,2	1,0	14,6	84,4		
Волинська	18,9	8,6	72,5	4,7	29,6	65,7	10,1	6,7	83,2	8,8	9,8	81,5	3,1	27,2	69,7	4,6	4,0	91,4	10,0	9,0	81,0	2,6	24,2	73,2	3,8	4,9	91,3		
Дніпропетровська	4,2	9,8	86,0	1,8	8,2	89,9	1,2	8,5	90,3	1,8	8,6	89,5	0,6	9,4	90,0	0,8	11,9	87,3	0,8	6,0	93,2	0,0	10,0	90,0	0,0	6,5	93,5		
Донецька	1,6	6,3	92,1	1,2	15,9	82,9	1,1	24,3	74,6	1,2	4,4	94,4	0,6	16,4	82,9	1,3	23,4	75,3	3,0	4,8	92,2	0,7	11,3	87,9	0,2	13,6	86,2		
Житомирська	24,1	11,0	64,9	8,8	32,5	58,7	9,7	10,8	79,5	8,9	18,5	72,5	3,7	29,6	66,7	2,6	17,1	80,3	7,4	21,5	71,1	1,7	40,1	58,2	1,5	10,5	87,9		
Закарпатська	5,6	8,0	86,4	2,8	24,5	72,7	4,9	12,8	82,3	2,7	16,5	80,8	3,7	37,3	59,0	4,1	15,8	80,1	2,6	12,5	84,9	2,7	34,1	63,2	1,8	17,4	80,8		
Запорізька	4,8	38,8	56,4	3,4	49,3	47,2	2,5	40,0	57,5	3,0	51,6	45,4	2,3	52,4	45,4	1,4	49,0	49,6	5,3	43,1	51,6	0,8	45,6	53,6	0,9	41,9	57,1		
Івано-Франківська	18,4	10,3	71,3	5,5	13,4	81,1	8,2	7,5	84,3	7,5	10,3	82,2	3,2	12,4	84,4	4,4	5,0	90,6	6,2	12,4	81,4	1,9	15,2	83,0	2,6	6,8	90,6		
Київська	7,2	19,0	73,7	2,8	18,1	79,1	2,8	13,6	83,6	2,4	13,5	84,1	1,4	16,0	82,6	1,3	17,7	81,0	2,2	11,9	85,9	0,6	14,3	85,1	0,5	11,8	87,7		
Кіровоградська	0,9	30,2	68,9	0,0	21,5	78,5	1,4	7,1	91,5	0,7	20,8	78,5	0,3	22,9	76,9	0,0	6,5	93,5	4,5	15,6	79,9	0,0	24,3	75,7	0,0	4,1	95,9		
Луганська	0,6	0,7	98,7	0,1	10,4	89,5	0,0	0,4	99,6	0,8	0,3	98,9	0,2	10,8	89,0	0,0	0,0	100,0	0,6	0,0	99,4	0,5	9,1	90,3	0,0	0,0	100,0		
Львівська	35,1	10,4	54,5	13,4	24,9	61,7	15,8	8,0	76,2	14,6	12,3	73,1	8,9	25,5	65,6	8,6	7,0	84,4	10,3	13,8	75,9	5,5	24,1	70,4	3,6	3,5	92,9		
Миколаївська	5,8	19,0	75,2	2,1	16,2	81,6	0,2	23,2	76,6	3,1	11,8	85,1	1,8	10,0	88,1	0,0	10,5	89,5	2,7	6,3	91,0	1,7	8,0	90,3	0,0	2,0	98,0		
Одеська	17,1	8,6	74,3	3,9	18,3	77,8	2,8	6,0	91,1	6,6	14,7	78,7	1,4	25,1	73,4	2,3	8,9	88,8	5,5	9,1	85,4	0,8	25,9	73,3	0,7	7,5	91,8		
Полтавська	11,6	19,9	68,5	2,3	36,2	61,6	0,9	12,2	86,9	6,8	27,4	65,9	2,0	37,7	60,3	0,9	21,2	77,9	3,8	21,1	75,1	0,6	34,4	65,0	0,5	8,5	91,0		
Рівненська	16,3	9,4	74,3	3,1	21,2	75,7	3,8	8,1	88,1	6,9	8,5	84,6	1,4	16,1	82,5	1,0	6,8	92,2	5,3	6,3	88,4	1,2	13,8	85,0	0,2	5,2	94,6		
Сумська	2,6	15,6	81,8	1,3	21,8	76,9	8,2	19,3	72,5	3,2	18,3	78,4	2,3	22,9	74,7	3,6	18,6	77,8	2,7	22,9	74,4	1,7	22,1	76,3	5,4	19,5	75,1		
Тернопільська	9,1	5,1	85,8	0,4	2,4	97,2	1,1	3,4	95,4	3,8	3,9	92,3	0,2	2,5	97,3	1,2	2,7	96,1	2,3	3,7	94,0	0,4	1,5	98,1	0,0	2,0	98,0		
Харківська	9,9	11,9	78,2	3,6	19,7	76,7	5,9	8,9	85,2	3,3	10,9	85,8	2,3	18,5	79,2	4,4	11,5	84,2	3,7	13,2	83,1	2,8	21,3	75,9	1,4	8,1	90,5		
Херсонська	18,8	8,6	72,5	12,3	17,2	70,5	14,1	10,6	75,3	17,1	13,8	69,1	8,7	22,1	69,2	11,2	12,5	76,4	9,6	16,3	74,1	4,9	32,0	63,1	2,1	10,6	87,3		
Хмельницька	22,3	34,0	43,7	8,3	21,5	70,2	9,1	19,3	71,5	11,5	26,5	62,0	6,6	14,7	78,7	7,7	19,4	72,9	8,7	43,3	48,0	6,9	32,1	61,0	6,3	24,1	69,6		
Черкаська	14,1	12,1	73,9	3,0	16,6	80,4	2,7	7,5	89,8	4,5	14,1	81,3	2,1	15,4	82,5	0,7	8,4	90,9	8,2	15,5	76,3	3,2	15,0	81,8	0,6	6,8	92,6		
Чернівецька	20,9	12,1	67,0	7,9	9,1	83,0	6,7	6,1	87,1	7,3	10,8	81,9	3,3	7,7	89,0	4,6	4,4	91,1	5,8	16,1	78,1	3,3	11,4	85,3	2,7	4,0	93,3		
Чернігівська	11,4	14,0	74,5	1,5	27,4	71,2	0,5	10,2	89,3	2,9	3,6	93,5	0,6	12,9	86,4	1,2	16,4	82,5	2,1	1,6	96,3	0,0	11,9	88,1	0,0	7,4	92,6		
м. Київ	9,1	16,6	74,2	1,8	28,0	70,2	0,8	7,0	92,2	2,3	12,4	85,3	0,4	25,5	74,0	0,4	9,4	90,2	0,5	17,6	81,9	0,4	26,5	73,0	0,4	6,0	93,7		



Окрім запитання про те, як, на думку респондентів, змінилася ситуація із наданням медичної допомоги, опитані вказали на поліпшення чи погіршення послуг, просили уточнити, що саме, на їхню думку, поліпшилося чи погіршилося. Розподіл відповідей на ці запитання наведений у **табл. 5.5**.

За відповідями респондентів, в якості медичної допомоги на всіх рівнях насамперед поліпшилося ставлення до пацієнтів з боку лікарів та медичного персоналу: стосовно медичної допомоги, яку надають сімейні лікарі чи педіатри, цей варіант обрали 69,4%, стосовно роботи вузьких спеціалістів – 50,6%, медичної допомоги в лікарнях – 50,6% тих, хто вказав, що протягом останніх 12 місяців якість цих послуг поліпшилася. Натомість ті, хто відчув погіршення якості медичної допомоги, у відповідь на запитання, що саме погіршилося, найчастіше називали погіршення ефективності лікування (56,1% серед тих, хто вказав на погіршення якості медичної допомоги, яку надають сімейні лікарі чи педіатри, 64,0% – вузькі спеціалісти в поліклініці, 64,0% – у лікарнях).

Стосовно того, що саме поліпшилося чи погіршилося у фінансовій доступності медичної допомоги, погляди населення неоднозначні. Ті, хто вказав, що фінансова доступність медичної допомоги поліпшилася, у більшості відзначали, що протягом минулого року поліпшилися можливості отримати лікування, включаючи консультацію, діагностичні та лабораторні обстеження або лікувальні процедури, і наступним за частотою згадок аспектом, де, на думку опитаних, відбувалося поліпшення, є можливість придбати або отримати ліки відповідно до призначення лікаря. Водночас ті, хто вказав, що фінансова доступність медичної допомоги погіршилася, зауважили погіршення в цих же аспектах. Такі відповіді можуть свідчити про різницю в досвіді отримання медичної допомоги, тобто частина людей могли чути або й скористатися програмами, спрямованими на полегшення фінансової доступності лікування, а частина про ці зміни могла не знати, або вони їх не торкнулися.

Відповідаючи на запитання, що саме поліпшилося в територіальній або часовій доступності медичної допомоги, переважна більшість відзначали поліпшення можливості записатися до лікаря заздалегідь і можливість вибору лікаря. Разом з тим частина опитаних зауважили погіршення територіальної або часової доступності, насамперед через погіршення територіальної зручності розміщення медичного закладу або сполучення з ним, що могло бути наслідком закриття частини медичних закладів.

Так, жителі країни протягом минулого року зауважили як позитивні, так і негативні зміни в наданні медичної допомоги. Позитивними змінами є поліпшення культури ставлення медичних працівників до пацієнтів, зручніший запис на прийом і краща можливість вибору лікаря. Водночас частина жителів країни відзначають погіршення ефективності лікування та зручності розміщення закладу чи сполучення з ним. Аспекти фінансової доступності медичної допомоги жителі країни оцінюють неоднозначно: частина відзначають поліпшення, частина – погіршення спроможності отримати лікування чи придбати ліки.

**Таблиця 5.5**

Аспекти поліпшення / погіршення медичної допомоги за останні 12 місяців (опитані, які вказали на відповідну зміну послуг), %

Аспекти поліпшення		СІМЕЙНИЙ ЛІКАР / ПЕДІАТР		ВУЗЬКІ СПЕЦІАЛІСТИ В ПОЛІКЛІНІЦІ		В ЛІКАРНІ	
		Що саме поліпшилося	Що саме погіршилося	Що саме поліпшилося	Що саме погіршилося	Що саме поліпшилося	Що саме погіршилося
Якість медичної допомоги	Ставлення до пацієнтів з боку лікарів, медичного персоналу	69,4%	45,6%	50,6%	44,6%	50,6%	44,6%
	Професіоналізм лікарів	27,2%	44,0%	31,9%	52,7%	31,9%	52,7%
	Ефективність (результативність) лікування	26,2%	56,1%	38,6%	64,0%	38,6%	64,0%
	Умови, в яких надається медична допомога (ремонт, чистота приміщень, у тому числі санвузлів)	34,1%	22,0%	34,7%	23,5%	34,7%	23,5%
Фінансова доступність	Можливість придбати чи отримати ліки відповідно до призначення лікаря	61,5%	40,6%	35,9%	60,8%	45,9%	59,9%
	Спроможність отримання лікування, включаючи консультацію, діагностичні та лабораторні обстеження, лікувальні процедури	58,5%	47,3%	65,7%	63,8%	60,3%	64,3%
	Наявність обладнання в закладі й можливість отримати медичні послуги з його використанням	32,7%	20,2%	34,1%	35,2%	34,7%	38,9%
Територіальна або часова доступність	Можливість вибору лікаря	51,2%	24,5%	48,0%	26,7%	46,0%	21,7%
	Тривалість очікування лікаря	27,6%	49,0%	25,7%	47,4%	33,5%	39,3%
	Графік прийому лікаря	26,6%	41,0%	34,1%	37,1%	31,3%	33,2%
	Можливість запису заздалегідь на прийом до лікаря на потрібний час	60,5%	46,9%	57,7%	47,7%	45,5%	37,7%
	Територіальна зручність розміщення медичного закладу та сполучення з ним	18,1%	47,2%	21,4%	50,1%	25,4%	55,6%

### 5.3. Сприйняття проблем у системі охорони здоров'я та відповідальність за поліпшення функціонування системи

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».

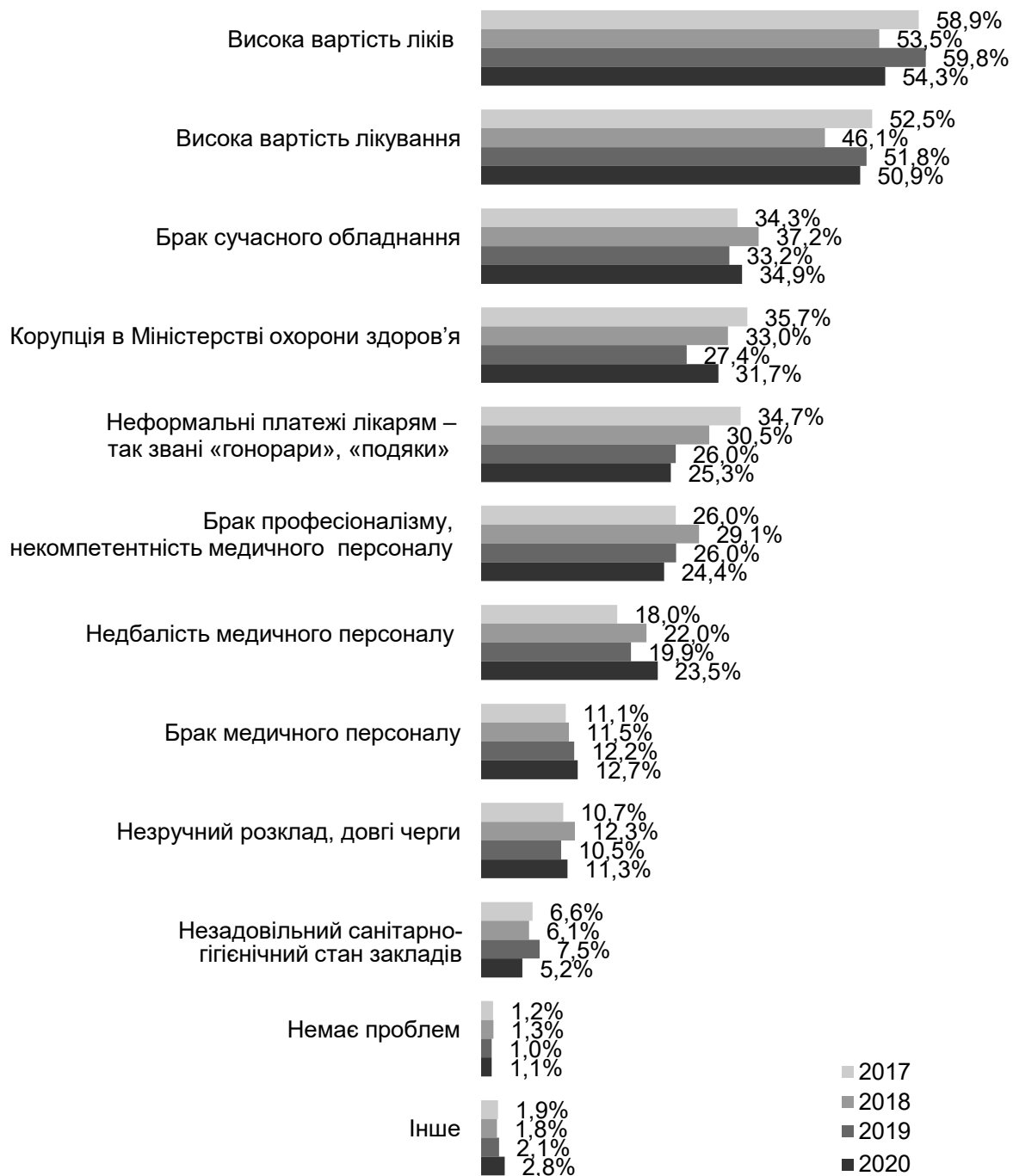
Як і в попередні роки, на думку більшості населення, основними проблемами в системі охорони здоров'я залишаються висока вартість ліків і висока вартість лікування (рис. 5.4). За даними опитування 2020 р., високу вартість ліків серед трьох основних проблем назвали 54,3%, у тому числі 21,7% поставили цю проблему на перше місце. Висока вартість лікування є однією з трьох основних проблем, на думку 50,9%, у тому числі найважливішою її назвали 12,9% опитаних.

Також високою мірою актуальними проблемами, на думку населення, є нестача сучасного обладнання (серед трьох основних проблем назвали 34,9%, у тому числі найважливішою – 11,3%) та корупція в Міністерстві охорони здоров'я (серед трьох основних проблем назвали 31,7%, у тому числі найважливішою – 19,4%).

Порівняно з попередніми роками можна зауважити певне зменшення частки тих, хто вважає проблемою існування неформальних платежів лікарям, хоча актуальність цієї проблеми залишається високою: в 2017 р. серед трьох основних проблем цей варіант обрали 34,7%, в 2020 р. – 25,3%.

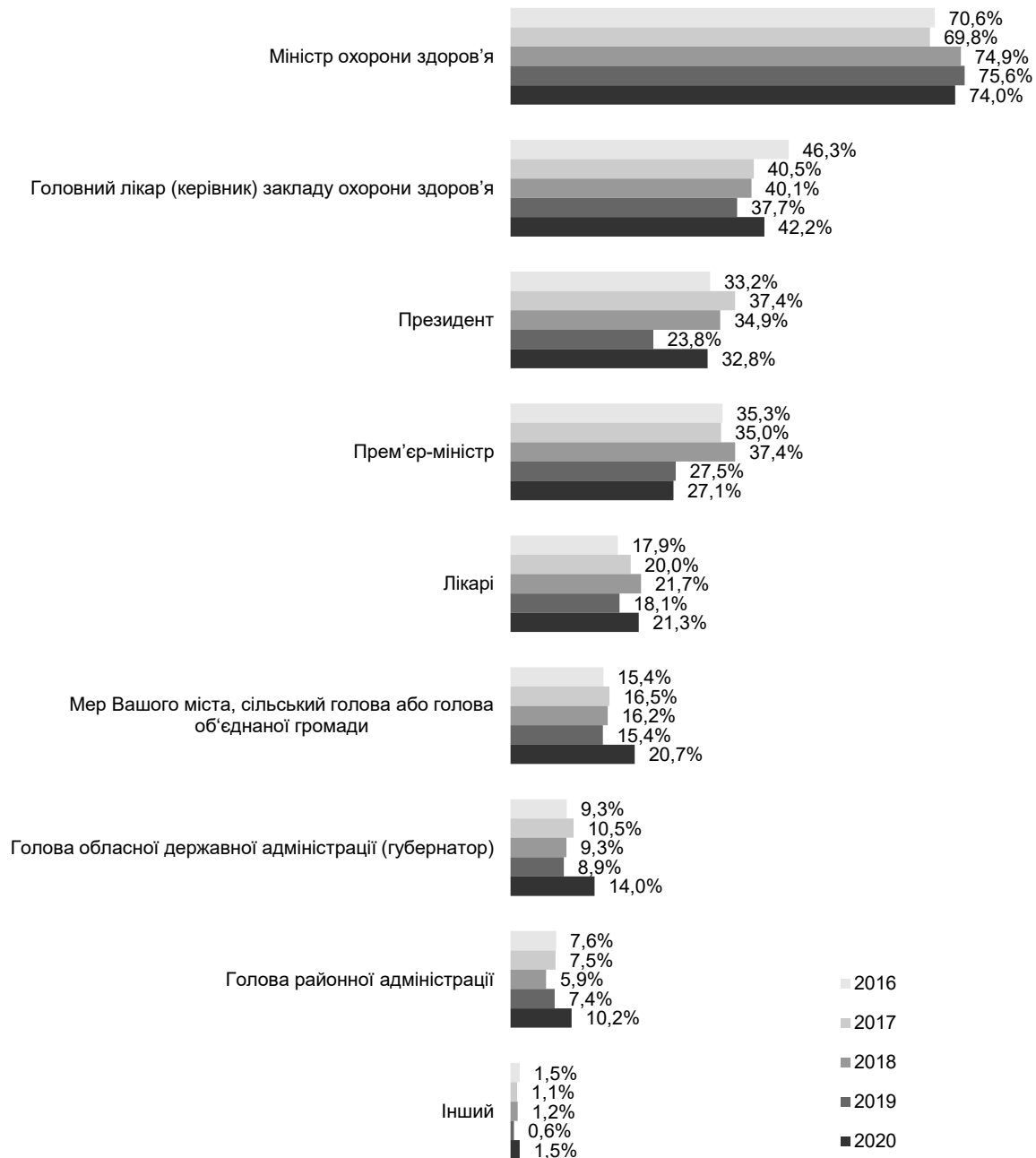
Відчутною проблемою, за оцінками населення, також залишається брак професіоналізму та недбалість медичного персоналу: некомпетентність медичного персоналу серед трьох основних проблем назвали 24,4% (найважливішою – 7,0%), недбалість – 23,5% (найважливішою – 7,9%).

Відносно найменш актуальними проблемами з переліку, як і раніше, залишаються брак медичного персоналу (серед проблем назвали 12,7%), незручний розклад, довгі черги (11,3%), незадовільний санітарно-гігієнічний стан закладів (5,2%).



**Рис. 5.4.** Сприйняття основних проблем в охороні здоров'я (один із трьох виборів): порівняння за роками

Як і раніше, на думку абсолютної більшості населення (74,0%), поліпшення роботи медичних закладів залежить від міністра охорони здоров'я. Окрім цього, близько 42,2% покладають відповідальність за поліпшення роботи медичних закладів на головного лікаря, 32,8% – президента, 27,1% – прем'єр-міністра. Порівняно з попередніми роками дослідження дещо збільшилася частка тих, хто покладає відповідальність за поліпшення роботи медичних закладів на голову міста / поселення / громади (із 15,4% до 20,7%), проте загалом уявлення населення щодо цього питання протягом часу дослідження залишаються доволі сталими (рис. 5.5).



**Рис. 5.5.** Відповідальність за поліпшення функціонування медичних закладів: порівняння за роками (можна обрати кілька відповідей)

Отже, можна відзначити, що протягом усього часу дослідження (2016–2020 рр.) жителі України залишаються переважно задоволеними всіма складовими системи охорони здоров'я, найбільшою мірою – сімейними лікарями, стоматологами, педіатрами і трохи

менше – швидкою медичною допомогою, вузькими спеціалістами в поліклініці, пологовими будинками, допомогою у стаціонарі. У 2018 р. дослідження зафіксувало зростання на 3-4 в.п. задоволеності населення медичною допомогою, яку надають сімейні лікарі та педіатри, а також допомогою в пологових будинках, що свідчить про загалом позитивне сприйняття населенням змін, що відбулися після старту медичної реформи на первинному рівні. Проте задоволеність медичною допомогою, яку надають вузькі спеціалісти в поліклініці, та допомогою в стаціонарах не поліпшилася, і на час останнього дослідження була нижчою, ніж на початку моніторингу. Аналіз ситуації наразі ускладнює і те, що досвід контактів із цими закладами має відносно невеликий відсоток населення, як і можливий вплив епідемії COVID-19.

В аспектах задоволеності медичною допомогою найболючішим питанням для населення залишається фінансова доступність послуг з охорони здоров'я. Близько п'ятої частини населення відзначають погіршення фінансової доступності медичної допомоги різних рівнів протягом минулого року, зокрема – погіршення можливості придбати ліки відповідно до призначення лікаря та спроможність отримати лікування, діагностичні послуги чи лікувальні процедури. Близько половини населення вважають високу вартість ліків та високу вартість лікування основними проблемами у системі охорони здоров'я. Водночас позитивною тенденцією є те, що частина населення відзначає поліпшення якості медичної допомоги, зокрема, більш ввічливе й уважне ставлення медичних працівників до пацієнтів, а також кращі можливості вибору лікаря та поліпшення можливості запису на прийом до лікаря заздалегідь. Тобто загалом можна відзначити, що існують позитивні зрушення у якості та доступності медичної допомоги для населення, проте проблеми із фінансовою доступністю лікування залишаються актуальними, що, в свою чергу, напевно впливає на задоволеність населення медичною допомогою.

## РОЗДІЛ 6. ВІЛ, ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ГЕПАТИТ С

### Основні результати:

- серед дорослого населення про ВІЛ/СНІД будь-коли чули 95,5%;
- близько половини (54,1%) опитаних демонструють достатні знання шляхів інфікування ВІЛ (обирали лише правильні відповіді, всі або частину); 2,0% називали лише хибні відповіді, а 4,6% не змогли назвати, як саме передається ВІЛ;
- половина (51,4%) опитаних не змогли назвати жодного симптому інфікування ВІЛ; третина (32,7%) – обирали лише правильні симптоми (всі або частину), а 3,2% називали лише хибні відповіді;
- близько половини (52,4%) всього населення знають, де можна зробити швидкий чи лабораторний аналіз крові на ВІЛ. Більшість (59,1%) знають, що ВІЛ неможливо вилікувати повністю, але можна підтримувати задовільний стан здоров'я. Не змогли відповісти на запитання про те, як саме сплачується лікування ВІЛ в Україні, 42,3%; на думку 46,4%, пацієнт сплачує принаймні частину витрат, і лише 11,3% відповіли, що всі препарати для лікування ВІЛ надаються державою безкоштовно;
- серед дорослого населення будь-коли робили тест на ВІЛ 29,5%, у тому числі протягом останніх двох років – 16,6%. Серед них 98,1% знають свій результат і 62,8% діагностувалися безкоштовно;
- абсолютна більшість тих, хто не проходив діагностику на ВІЛ взагалі чи впродовж останніх двох років, причиною, чому вони цього не робили, вказали те, що не бачать у цьому потреби й не відносять себе до групи ризику (90,9%), і близько десятої частини – не знають, куди звернутися (11,9%);
- значна частина населення має упередження і страх перед людьми, які живуть з ВІЛ:
- 32,4% купили б свіжі овочі у продавця, якби знали, що в цієї людини ВІЛ, 67,6% – ні;
- 22,4% погоджуються, що якщо шкільна вчителька є носієм ВІЛ, варто їй дозволити продовжувати викладання в школі, 77,6% – ні;
- 20,3% дозволили б, щоб їхня дитина відвідувала дитячий садок, школу або гуртки разом з дітьми, інфікованими ВІЛ, 79,7% – ні;
- 79,0% знають, що не можна інфікуватися ВІЛ через їжу, яку приготував або подавав інфікований ВІЛ, але кожен п'ятий (21,0%) вважає інакше;
- майже всі в Україні (98,0% серед дорослого населення) будь-коли чули про туберкульоз;
- 9,3% респондентів назвали лише правильні шляхи інфікування туберкульозом (один чи обидва), 15,9% називали лише хибні відповіді, а 3,1% не змогли назвати, як саме передається туберкульоз;
- 78,1% опитаних назвали лише правильні симптоми туберкульозу (всі або частину), 0,5% опитаних називали лише хибні відповіді, і 4,7% не змогли назвати жодного симптому туберкульозу;
- майже три чверті населення (73,5%) знають, де можна зробити рентген чи аналіз мокротиння для діагностики туберкульозу. При цьому діагностику на туберкульоз будь-коли проходили 91,8%: флюорографію – 90,9%; скринінг (опитування лікарем по анкеті) на туберкульоз – 8,8%; дослідження мокротиння – 7,3%;
- про те, що туберкульоз виліковний, знають 42,6% населення. Приблизно стільки ж (39,8%) вважають, що туберкульоз неможливо вилікувати повністю, але можна підтримувати задовільний стан здоров'я, і 3,7% населення вважають, що ця хвороба є невиліковною і неможливо навіть поліпшити якість життя інфікованого. Доволі багато людей (13,9%) відповіли, що вони не знають про те, чи можна вилікувати туберкульоз повністю;
- третина (36,1%) жителів України не змогли відповісти на запитання про те, як саме сплачується лікування туберкульозу в Україні; на думку 54,5%, пацієнт сплачує принаймні частину витрат, і лише 9,4% вважають, що всі препарати для лікування туберкульозу надаються державою безкоштовно;

- абсолютна більшість тих, хто не проходив діагностику на туберкульоз взагалі або впродовж останніх двох років, як причину, чому вони цього не робили, вказали те, що не бачать у цьому потреби й не відносять себе до групи ризику (83,4%), і близько десятої частини – не знають, куди звернутися (12,5%) або не мають вільного часу для діагностики (10,1%);
- значна частина населення має упередження і страх щодо хворих на туберкульоз:
  - лише 5,6% купили б свіжі овочі у продавця, якби знали, що в цієї людини туберкульоз, 94,4% – ні;
  - лише 3,7% погоджуються, що якщо шкільна вчителька є носієм туберкульозу, варто їй дозволити продовжувати викладання в школі, 96,3% – ні;
  - лише 3,4% дозволили б, щоб їхня дитина відвідувала дитячий садок, школу або гуртки разом з дітьми, інфікованими туберкульозом, 96,6% – ні;
  - лише третина (30,3%) знають, що не можна інфікуватися туберкульозом, якщо споживати їжу, яку приготував або подавав інфікований туберкульозом, але 69,7% вважають, що інфікування можливе;
- про гепатит С будь-коли чули 83,6% дорослого населення України;
- 50,6% називали лише правильні шляхи інфікування гепатитом С (всі або частину); 4,2% називали лише хибні відповіді; 16,6% не змогли назвати, як передається гепатит С;
- лише 7,0% опитаних знають, що гепатит С може перебігати безсимптомно, а 24,1% – не змогли назвати жодного симптому гепатиту С;
- про те, де можна зробити швидкий або лабораторний аналіз крові на гепатит С, знають трохи менше половини тих, хто чув про цю хворобу (46,8%);
- про те, що гепатит С виліковний, знають лише 19,3% населення; більшість (44,8%) вважають, що гепатит С неможливо вилікувати повністю, але можна підтримувати задовільний стан здоров'я, і 7,1% вважають, що ця хвороба є невиліковною і неможливо навіть поліпшити якість життя інфікованого; доволі багато людей (28,8%) відповіли, що вони не знають про те, чи можна вилікувати гепатит С повністю;
- 43,5% опитаних не змогли відповісти, як саме сплачується лікування гепатиту С в Україні; на думку 54,2%, пацієнт сплачує принаймні частину витрат, і лише 2,4% знають, що всі препарати для лікування гепатиту С надаються державою безкоштовно;
- серед дорослого населення будь-коли робили тест на гепатит С 19,7%, у тому числі протягом останніх двох років – 11,7%. Серед них 98,0% знають свій результат і 47,4% повністю або частково оплачували цю діагностику, а 52,6% діагностувалися безкоштовно;
- абсолютна більшість тих, хто не проходив діагностику на гепатит С взагалі чи впродовж останніх двох років, назвали причинами, чому вони цього не робили, те, що вони не бачать у цьому потреби й не відносять себе до групи ризику (84,7%), і майже п'ята частина – не знають, куди звернутися (18,3%);
- значна частина населення має упередження та страх перед людьми, які хворі на гепатит С:
  - чверть (24,1%) купили б свіжі овочі у продавця, якби знали, що в цієї людини гепатит С, 75,9% – ні;
  - лише 16,5% погоджуються, що якщо шкільна вчителька є носієм гепатиту С, варто їй дозволити продовжувати викладання в школі, 83,5% – ні;
  - лише 15,7% дозволили б, щоб їхня дитина відвідувала дитячий садок, школу або гуртки разом з дітьми, інфікованими гепатитом, 84,3% – ні;
  - майже дві третини (62,2%) знають, що не можна інфікуватися гепатитом С, якщо споживати їжу, яку приготував або подавав інфікований, але 37,8% вважають, що можна.

Упродовж багатьох років Україна залишається країною з високим рівнем поширення ВІЛ серед країн Європейського регіону<sup>30</sup>. За оцінками, станом на початок 2019 р., в Україні (без урахування тимчасово невідконтрольованих територій) мешкало близько 200 тисяч ВІЛ-позитивних людей віком від 15 років і старших. За даними офіційної статистики, під медичним наглядом у закладах служби профілактики та боротьби зі СНІДом станом на 1 січня 2019 р. перебувало 137,2 тисячі громадян України, тобто майже третина ВІЛ-позитивних людей не знають про свій позитивний статус і не перебувають під медичним наглядом<sup>31</sup>. Важливими складовими протидії поширенню ВІЛ є запобігання інфікуванню та підтримка людей, які живуть із ВІЛ/СНІД.

Туберкульоз залишається однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я в Україні. Попри тенденцію до зниження захворюваності та смертності від цієї хвороби епідемічна ситуація з туберкульозом в Україні все ще складна. За офіційними даними, у 2019 р. в Україні було зареєстровано понад 25 тисяч нових випадків захворювань на туберкульоз, включаючи рецидиви (60,1 осіб на 100 тисяч населення), та понад 3 тисячі людей померли від цієї хвороби (8,8 осіб на 100 тисяч населення)<sup>32</sup>. За розрахунковими даними ВООЗ, оціночний рівень захворюваності на туберкульоз в Україні становить 80 осіб на 100 тисяч населення, тобто близько чверті випадків захворювання в Україні не виявляються. Також у Європейському регіоні Україна залишається однією з країн з найвищим показником туберкульозу з множинною лікарською стійкістю, яка не лікується за допомогою стандартної терапії<sup>33</sup>. Серед причин складної ситуації з туберкульозом в Україні – недостатня обізнаність населення про туберкульоз, і, як наслідок, високий рівень стигматизації та самостигматизації, недостатня мотивація своєчасно проходити діагностику й починати лікування, пізнє звернення хворих на туберкульоз по медичну допомогу, непослідовне або часткове лікування тощо. Тому для контролю поширення й успішного лікування туберкульозу надзвичайно важливими є підвищення обізнаності населення про цю хворобу та її лікування, подолання стигми й дискримінації людей, хворих на туберкульоз та усвідомлення населенням важливості своєчасної діагностики й лікування хвороби.

Також однією з найбільш небезпечних хвороб є гепатит С, який може перебігати як у гострій, так і в хронічній формі і відрізнятися різним ступенем тяжкості. Гепатит С є однією з основних причин раку печінки і може призвести до серйозних проблем зі здоров'ям або смерті<sup>34</sup>. Попри досить значну поширеність захворювання, рівень діагностики гепатиту С залишається незадовільним. За оцінками ВООЗ, у 2015 р. у світі було діагностовано лише 20% випадків гепатиту С<sup>35</sup>. За оцінками експертів, в Україні вірусним гепатитом С інфіковані понад 2 мільйони людей, з них близько 1,5 млн мають хронічний гепатит С. Водночас під медичним наглядом станом на початок 2019 р. перебувало лише 82 654 осіб із хронічним гепатитом С, що становить 5,4% відносно оціночної кількості<sup>36</sup>, тобто значна кількість хворих на гепатит С не знають про свій діагноз. У багатьох випадках захворювання перебігає безсимптомно або має загальні неспецифічні симптоми, тому лише незначна кількість хворих звертається по медичну допомогу та обстежується на гепатит С. Серед причин недостатнього виявлення хворих є також низький рівень поінформованості населення про цю хворобу. З огляду на це надзвичайно важливою є обізнаність населення про гепатит С, можливості тестування, переваги раннього виявлення та перспективи лікування.

З метою оцінити знання, ставлення і поведінкові установки населення України щодо ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та гепатиту С у 2020 р. дослідження «Індекс здоров'я» містило блок запитань стосовно обізнаності про хвороби, шляхи їх передавання та симптоми, а також досвід проходження діагностики й уявлень щодо лікування вказаних недуг в Україні. Отримані результати представлені в цьому розділі.

30 European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019–2018 data. Stockholm: ECDC; 2019. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV-annual-surveillance-report-2019.pdf>

31 ЦГЗ МОЗ України. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДом в Україні станом на початок 2019 року. [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna%20otsinka%20sytuatsiyi%20z%20VIL\\_SNIDu%20v%20Ukraini%20na%20pochatok%202019.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna%20otsinka%20sytuatsiyi%20z%20VIL_SNIDu%20v%20Ukraini%20na%20pochatok%202019.pdf)

32 ЦГЗ МОН України. Туберкульоз в Україні. Таблиці зі статистичними даними за 2019 р. [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB\\_surveillance\\_statistical-information\\_2019\\_table.xls](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2019_table.xls)

33 ЦГЗ МОН України. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2019 рік. [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB\\_surveillance\\_statistical-information\\_2019\\_dovidnyk.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2019_dovidnyk.pdf)

34 World Health Organization. Hepatitis C: Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

35 World Health Organization. Global Hepatitis Report, 2017. Geneva: WHO, 2017.

36 Центр громадського здоров'я МОЗ України, MSF. Вірусні гепатити В та С як загроза громадському здоров'ю (буклет) [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/FINAL\\_MS\\_F\\_2020\\_22\\_Januar\\_small.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/FINAL_MS_F_2020_22_Januar_small.pdf)



## 6.1. Знання про ВІЛ/СНІД, його симптоми та шляхи передавання

Жителі України значною мірою обізнані про існування такої хвороби, як ВІЛ/СНІД: серед дорослого населення про цю хворобу будь-коли чули 95,5%. Відсоток тих, хто знає про існування цієї хвороби, високий в усіх соціально-демографічних категоріях, проте можна відзначити, що тих, хто знає про ВІЛ/СНІД, дещо менше серед людей старшого віку (серед людей віком 60 років і старших про ВІЛ/СНІД будь-коли чули 91,4%), мешканців сільської місцевості (92,8%), людей із початковою або середньою освітою (92,2%) та людей із домогосподарств з низьким рівнем доходу (92,8%) (табл. 6.1).

Усі подальші запитання про ВІЛ ставилися лише тим, хто будь-коли чув про цю інфекцію. Так, за даними опитування, населення доволі добре поінформоване про шляхи передавання ВІЛ, хоча обізнаність не є повною. Із шляхів передавання найбільше (71,3% тих, хто будь-коли чув про ВІЛ) знають, що ВІЛ можна інфікуватися під час незахищеного статевого контакту. Дещо менше жителів країни знають про можливість інфікуватися парентеральним способом: 64,9% вказали, що ВІЛ можна інфікуватися під час вживання ін'єкційних наркотиків, 61,2% – під час переливання крові, 34,0% – через використання нестерильних інструментів під час стоматологічних процедур, проколювання вух, манікюру, нанесення тату тощо. Найменше населення обізнане про те, що передавання ВІЛ можливе від матері до дитини під час вагітності або пологів (25,7%) чи під час грудного вигодовування (9,2%).

Водночас доволі багато людей мають неточні або хибні уявлення про шляхи передавання ВІЛ. З-поміж неправильних уявлень найпоширенішою є думка, що інфікування ВІЛ можливе через використання деяких предметів гігієни (спільні леза, манікюрні ножиці) з інфікованою людиною (так вважають 30,4%), хоча, оскільки вірус ВІЛ швидко гине в навколишньому середовищі, зараження через спільні предмети гігієни вважається неможливим. Окрім цього, близько 5,7% дотримуються думки, що можна інфікуватися ВІЛ під час потрапляння інфікованого біологічного матеріалу на непошкоджені шкірні покриви, 5,0% – через використання спільного посуду, 4,7% – під час вживання наркотиків через вдихання носом, 4,2% – через слину (поцілунки з інфікованою людиною, коли хворий плює, кашляє), 3,8% – через використання спільних насадок під час куріння кальяну, 1,7% – повітряно-крапельним шляхом, 1,3% – під час перебування в антисанітарних умовах, 0,8% – під час купання у водоймі чи басейні, 0,4% – через поручні у громадському транспорті. Тобто можна відзначити, що частина населення поділяє хибні стереотипи щодо можливості інфікування ВІЛ у побуті чи в процесі соціальної взаємодії, що може призводити до необґрунтованого страху і стигматизації людей, які живуть з ВІЛ.

Близько 4,6% тих, хто будь-коли чув про хворобу ВІЛ/СНІД, зізналися, що не знають, як саме можна інфікуватися ВІЛ.

Про шляхи передавання ВІЛ трохи гірше обізнані люди старші 60 років, мешканці сільської місцевості, а також люди з відносно нижчим рівнем освіти (початкова, загальна середня) й доходом (до 1000 грн на особу): в цих категоріях трохи вищий відсоток тих, хто відповів, що вони не знають, як саме можна інфікуватися ВІЛ, і менше тих, хто назвав правильні шляхи передавання ВІЛ. У цілому ж можна зауважити, що в усіх соціально-демографічних категоріях переважна більшість людей правильно знають шляхи передавання ВІЛ.

Про симптоми ВІЛ люди обізнані дещо гірше, аніж про шляхи передавання. За даними опитування, 18,9% знають, що симптомом ВІЛ є підвищена втомлюваність і слабкість, 12,2% серед симптомів правильно назвали немотивовану втрату ваги, 11,7% – підвищення температури тіла, 10,4% – збільшення лімфатичних вузлів, 5,9% – підвищену пітливість і 18,6% знають, що хворий може не мати симптомів. Половина (51,4%) тих, хто будь-коли чув про ВІЛ/СНІД, відповіли, що вони не знають симптомів цієї хвороби.

Відсоток тих, хто не знає симптомів ВІЛ, найвищий серед людей старшого віку (60 років і більше) та людей із нижчим рівнем освіти (початкова, загальна середня), хоча загалом можна відзначити, що рівень обізнаності про симптоми ВІЛ невисокий в усіх соціально-демографічних категоріях (табл. 6.2).

**Таблиця 6.1**
**Обізнаність про ВІЛ та шляхи передавання за соціально-демографічними характеристиками, 2020 р.**

	Усі опитані		Ті, хто будь-коли чув про ВІЛ/СНІД																		
	N	ті, хто будь-коли чув про ВІЛ/СНІД, %	N	Знання правильних шляхів передавання ВІЛ (ті, хто вказав, що ВІЛ можна інфікуватися...)							Помилкові уявлення про шляхи передавання ВІЛ (ті, хто вказав, що ВІЛ можна інфікуватися...), %										
				під час незахищеного статевого контакту, %	під час вживання ін'єкційних наркотиків, %	під час переливання крові, %	у разі використання нестерильних інструментів під час стоматологічних процедур, проколів, манікюру, %	від матері до дитини під час вагітності або пологів, %	під час грудного вигодовування (якщо породиля інфікована), %	через використання деяких предметів гігієни (стільні леза, манікюрні ножі) з інфікованою людиною, %	під час потрапляння інфікованого біологічного матеріалу на непошкоджені шкірні покриви, %	через використання спільного посуду з інфікованою людиною, %	під час вживання наркотиків через вдихання носом, %	через слину – поцілунки з інфікованою людиною, коли хворий пліє, кашляє, %	через використання стільних насадок під час куріння кальяну, %	повітряно-крапельним шляхом, %	під час перебування в антисанітарних умовах (наприклад, брудні приміщення або вулиці тощо), %	під час купання у водоймі чи басейні, %	через поручні у громадському транспорті, %	важко сказати / не знаю, %	
<b>Україна</b>	9887	95,5	9322	71,3	64,9	61,2	34,0	25,7	9,2	30,4	5,7	5,0	4,7	4,2	3,8	1,7	1,3	0,8	0,4	4,6	
<b>СТАТЬ</b>																					
чоловіки	3566	95,4	3367	72,3	65,6	60,0	32,4	22,5	7,6	28,2	5,3	5,3	5,0	4,3	4,0	1,7	1,1	0,6	0,3	4,4	
жінки	6321	95,6	5955	70,5	64,4	62,1	35,4	28,4	10,5	32,3	6,0	4,7	4,5	4,2	3,6	1,8	1,4	1,0	0,5	4,8	
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>																					
18–29 років	1414	98,2	1382	78,3	69,1	64,2	38,7	31,0	12,3	35,3	6,9	4,9	4,8	5,6	3,6	1,9	1,5	0,9	0,4	2,0	
30–44 роки	2732	97,8	2661	76,1	70,0	63,8	36,0	29,1	11,2	31,7	5,7	5,2	4,0	4,4	4,3	1,9	1,2	0,7	0,3	2,4	
45–59 років	2468	95,6	2355	69,8	65,9	63,3	36,6	24,9	8,0	33,3	6,0	5,4	6,0	4,0	3,8	1,8	1,1	1,0	0,4	3,7	
60 років і більше	3273	91,4	2924	63,2	55,8	54,5	26,6	19,5	6,0	23,5	4,4	4,4	4,4	3,4	3,3	1,5	1,4	0,7	0,5	9,5	
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>																					
міська	6195	96,6	5917	72,5	66,7	63,5	36,4	28,2	9,6	32,0	5,9	5,0	4,5	3,9	4,0	1,6	1,2	0,8	0,3	4,0	
сільська	3692	92,8	3405	68,4	60,6	55,5	28,1	19,6	8,0	26,6	5,0	5,0	5,3	5,1	3,1	2,2	1,5	0,8	0,5	6,3	
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>																					
початкова, загальна середня	2227	92,2	2002	65,7	56,8	57,0	28,0	19,8	6,9	26,2	5,0	4,2	3,9	4,2	3,2	1,4	1,2	1,1	0,4	8,6	
професійно-технічна, середня спеціальна	4874	95,9	4612	72,1	65,9	61,5	35,7	26,8	8,9	31,6	5,0	5,3	5,3	3,9	3,3	2,0	1,2	0,6	0,3	4,1	
вища, науковий ступінь	2786	97,0	2708	73,8	68,5	63,4	35,3	27,9	11,1	31,3	7,3	5,0	4,4	4,9	4,9	1,5	1,6	1,1	0,5	2,9	
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>																					
до 1000 грн	983	92,8	900	65,4	58,2	46,0	30,9	20,8	6,8	29,3	5,0	5,9	4,6	4,7	2,9	1,9	1,5	1,1	0,6	8,0	
1001–1500 грн	879	96,1	844	70,9	63,3	56,3	30,9	24,2	7,3	31,3	5,2	4,7	5,7	5,6	2,5	0,9	1,7	0,8	0,2	6,5	
1501–2000 грн	1212	93,4	1112	69,4	61,3	58,1	32,3	25,8	8,2	25,8	4,9	5,6	4,3	4,8	3,0	1,8	1,2	0,8	0,5	5,7	
2001–2500 грн	1281	95,2	1199	70,6	63,2	63,2	33,3	26,4	8,9	30,2	5,4	4,7	3,5	3,8	3,5	1,9	1,4	1,0	0,4	4,7	
понад 2500 грн	3212	95,6	3049	74,8	68,3	66,8	37,9	27,8	10,8	34,0	5,9	5,7	5,3	4,3	4,8	2,0	1,1	0,7	0,3	2,5	

Таблиця 6.2

Обізнаність про симптоми ВІЛ за соціально-демографічними характеристиками, 2020 р.

	Ті, хто будь-коли чув про ВІЛ/СНІД															
	Усі опитані	Знання правильних симптомів ВІЛ (ті, хто як симптоми на ВІЛ назвав), %							Помилкові уявлення про симптоми ВІЛ (ті, хто як симптоми на ВІЛ назвав), %							
	N	підвищену втомленість і слабкість	немотивовану втрату ваги	немотивоване підвищення температури тіла чи лихоманку	збільшення лімфатичних вузлів	підвищену пітливість	хворий може не мати симптомів	ломоту і болі в суглобах і м'язах	втрату апетиту	нудоту	кашель або покашлювання, що триває більше двох тижнів	біль у грудях	жовтяницю (пожовтіння шкіри та слизових оболонок)	кашель із кров'ю (кровохаркання)	потемніння сечі або світлий кал	важко сказати /не знаю
Україна	9313	18,9	12,2	11,7	10,4	5,9	18,6	7,3	5,7	2,7	1,9	1,8	1,5	1,5	0,9	51,4
<b>СТАТЬ</b>																
чоловіки	3356	17,5	12,3	11,1	9,5	5,7	18,8	6,7	5,6	2,4	2,0	2,2	1,7	1,5	0,9	52,0
жінки	5957	20,1	12,2	12,3	11,1	6,1	18,5	7,7	5,7	2,9	1,9	1,5	1,4	1,5	0,9	50,9
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>																
18–29 років	1379	21,4	13,8	12,1	11,3	7,0	23,6	7,6	6,4	2,9	2,2	1,7	0,7	2,0	1,3	45,2
30–44 роки	2666	21,2	13,8	13,5	13,0	6,1	22,4	8,5	6,6	2,8	1,7	1,7	1,8	1,3	0,7	44,0
45–59 років	2349	21,1	13,5	13,4	11,3	7,0	17,8	8,2	5,9	3,7	2,0	2,2	1,9	1,7	0,7	48,8
60 років і більше	2919	12,9	8,3	8,0	6,1	4,0	12,1	4,8	3,9	1,4	1,8	1,6	1,4	1,1	1,1	65,9
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>																
міська	5911	19,6	12,8	11,4	10,9	6,1	18,9	7,5	5,8	2,9	1,9	1,9	1,6	1,5	0,9	50,7
сільська	3402	17,3	10,7	12,6	9,0	5,5	17,9	6,8	5,3	2,2	1,9	1,6	1,4	1,4	0,9	53,2
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>																
початкова, загальна середня	2000	15,5	8,3	10,4	5,1	4,2	13,6	4,5	3,7	2,0	1,7	1,4	0,7	1,3	0,8	63,5
професійно-технічна, середня спеціальна	4607	17,4	10,9	10,7	9,9	5,5	18,4	7,2	5,9	2,4	1,9	2,3	1,7	1,3	0,8	52,1
вища, науковий ступінь	2706	23,7	17,0	14,3	14,6	7,7	22,3	9,2	6,6	3,7	2,0	1,2	1,7	1,8	1,3	42,4
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>																
до 1000 грн	898	16,2	10,7	9,5	9,0	6,4	15,3	5,3	5,5	2,5	3,2	2,5	1,4	3,1	1,2	55,6
1001–1500 грн	841	16,8	13,1	13,9	13,0	5,8	14,6	8,3	4,8	2,2	1,8	1,6	1,4	2,4	0,5	50,1
1501–2000 грн	1111	16,0	8,3	8,8	7,8	4,5	16,6	5,0	4,4	0,9	1,1	1,3	0,9	0,7	0,8	59,5
2001–2500 грн	1195	16,8	9,0	9,8	6,8	5,4	15,4	6,0	4,8	2,4	1,4	1,3	1,3	0,9	1,1	59,5
понад 2500 грн	3049	23,3	14,7	14,2	11,6	7,6	20,0	8,4	7,2	4,0	2,0	2,7	1,7	1,5	1,0	45,9

## 6.2. Діагностика ВІЛ

Власний ризик інфікування ВІЛ жителі країни оцінюють по-різному: майже третина (31,9%) тих, хто відповів на запитання, дотримуються думки, що їм це взагалі не загрожує, 42,5% вважають це малоімовірним, а 25,5% – імовірним або цілком реальним (варіанти відповідей «абсолютно реальний», «відносно реальний» або «п'ятдесят на п'ятдесят») (рис. 6.1).

У цілому можна відзначити, що молоді люди схильні вище оцінювати власний ризик інфікуватися ВІЛ, ніж старші люди: серед людей віком 18–29 років понад третина (36,6%) допускають, що ризик інфікування є імовірним або цілком реальним, тоді як серед людей віком 30–44 роки так вважають 30,6%, 45–59 років – 25,3%, 60 років і старших – 13,8%.

Окрім цього, дещо вище власний ризик інфікуватися ВІЛ оцінюють чоловіки (допускають, що ризик інфікування є ймовірним або цілком реальним, 27,2%), ніж жінки (24,2%), а також жителі міст (26,3%) порівняно з тими, хто живе в сільській місцевості (23,6%). Тобто можна припустити, що сприйняття власного ризику інфікування ВІЛ є віддзеркаленням більш ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (ризиковані практики, зокрема – статеві, більш притаманні молодим людям і чоловікам), а також можуть бути пов'язані з уявленням про поширеність ВІЛ у їхній місцевості (більшою мірою в містах, ніж у сільській місцевості).

Як Ви оцінюєте свій власний ризик інфікуватися ВІЛ?, %



Рис. 6.1. Оцінювання населенням власного ризику інфікуватися ВІЛ

Для того, щоб оцінити охоплення населення тестуванням на ВІЛ, респондентів запитували, чи знають вони, де можна зробити тест на ВІЛ, а також чи проходили вони тестування і якщо проходили, то коли саме і чи знають свій результат. Отримані відповіді для населення в цілому й окремих соціально-демографічних категорій наведені в табл. 6.3.

За даними опитування, про те, де можна зробити швидкий чи лабораторний аналіз крові на ВІЛ, знають близько половини (52,4%) населення. Відсоток тих, хто знає, де можна зробити тест на ВІЛ, трохи вищий у містах (55,4%), ніж сільській місцевості (44,8%), а також серед людей молодшого віку (59,7% у віковій категорії 18–29 років, 60,1% серед людей віком 30–44 роки, 54,9% – віком 45–59 років), ніж 60 років і старших (36,9%). Крім того, більшою мірою поінформовані про те, де можна пройти діагностику на ВІЛ, люди з вищою освітою (обізнані 62,5%) і вищим рівнем доходів (58,4%). Тобто обізнаність населення про те, де можна пройти діагностику на ВІЛ, є неоднорідною, що може бути обумовленим як відмінністю у сприйнятті ризиків інфікування (зокрема люди старшого віку рідше зараховують себе до групи ризику щодо інфікування ВІЛ і, як наслідок, меншою мірою цікавляться інформацією про те, де можна пройти таку діагностику), так і відмінністю в доступності такого тестування й інформації про нього (наприклад, для мешканців сільської місцевості).

**Таблиця 6.3**

Проходження діагностики на ВІЛ за соціально-демографічними характеристиками, 2020 р.

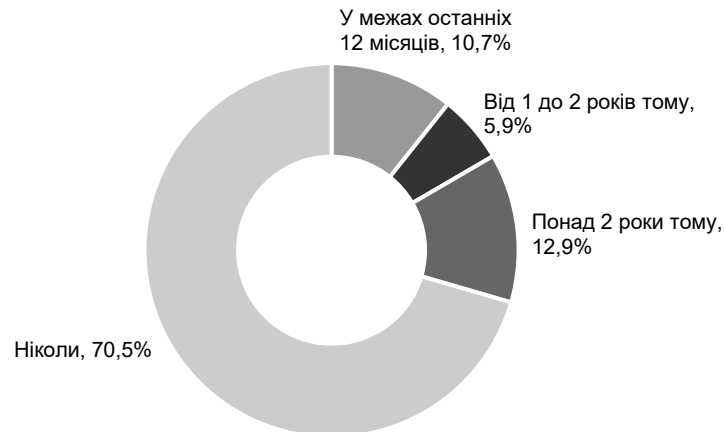
	Ті, хто будь-коли чув про ВІЛ/СНІД				Ті, хто будь-коли робили тест на ВІЛ	
	N	знають, де можна зробити швидкий чи лабораторний аналіз крові на ВІЛ, %	будь-коли робили тест на ВІЛ, %	робили тест на ВІЛ протягом останніх двох років, %	N	знають результат, %
<b>Україна</b>	<b>9358</b>	<b>52,4</b>	<b>29,5</b>	<b>16,6</b>	<b>2572</b>	<b>98,1</b>
<b>СТАТЬ</b>						
чоловіки	3376	51,5	26,1	15,3	785	97,3
жінки	5982	53,1	32,4	17,8	1787	98,6
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>						
18–29 років	1383	59,7	34,3	23,1	475	99,6
30–44 роки	2677	60,1	41,3	21,3	1054	97,9
45–59 років	2362	54,9	29,5	17,6	649	98,6
60 років і більше	2936	36,9	13,2	6,3	394	94,9
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>						
міська	5945	55,4	31,9	18,4	1792	98,2
сільська	3413	44,8	23,7	12,4	780	97,5
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>						
початкова, загальна середня	2007	42,2	18,6	10,4	318	97,4
професійно-технічна, середня спеціальна	4634	50,2	27,8	14,9	1203	97,5
вища, науковий ступінь	2717	62,5	39,6	23,6	1051	98,9
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>						
до 1000 грн	905	45,4	22,2	12,9	179	97,8
1001–1500 грн	845	49,9	29,2	14,9	236	98,0
1501–2000 грн	1112	44,2	22,3	12,8	241	98,0
2001–2500 грн	1201	44,2	22,7	12,6	257	98,7
понад 2500 грн	3055	58,4	33,8	19,2	977	98,2

Серед усього дорослого населення будь-коли робили тест на ВІЛ 29,5%, у тому числі 16,6% – протягом останніх двох років (**рис. 6.2**).

Відсоток тих, хто будь-коли робив тест на ВІЛ, вищий серед людей молодшого віку (34,3% у віковій категорії 18–29 років, 41,3% – 30–44 роки), мешканців міст (31,9%), людей із вищою освітою (39,6%) і вищим рівнем доходів (33,8%). Також охоплення тестуванням на ВІЛ вище серед жінок (32,4%), ніж чоловіків (26,1%), що може бути пов'язане з обов'язковим тестуванням на цю інфекцію під час вагітності.

Серед тих, хто будь-коли робив тест на ВІЛ, свій результат знають близько 98,1% без суттєвих відмінностей за соціально-демографічними ознаками.

**Не кажіть мені свій результат, але скільки місяців тому  
Ви робили останній тест на ВІЛ?, %**



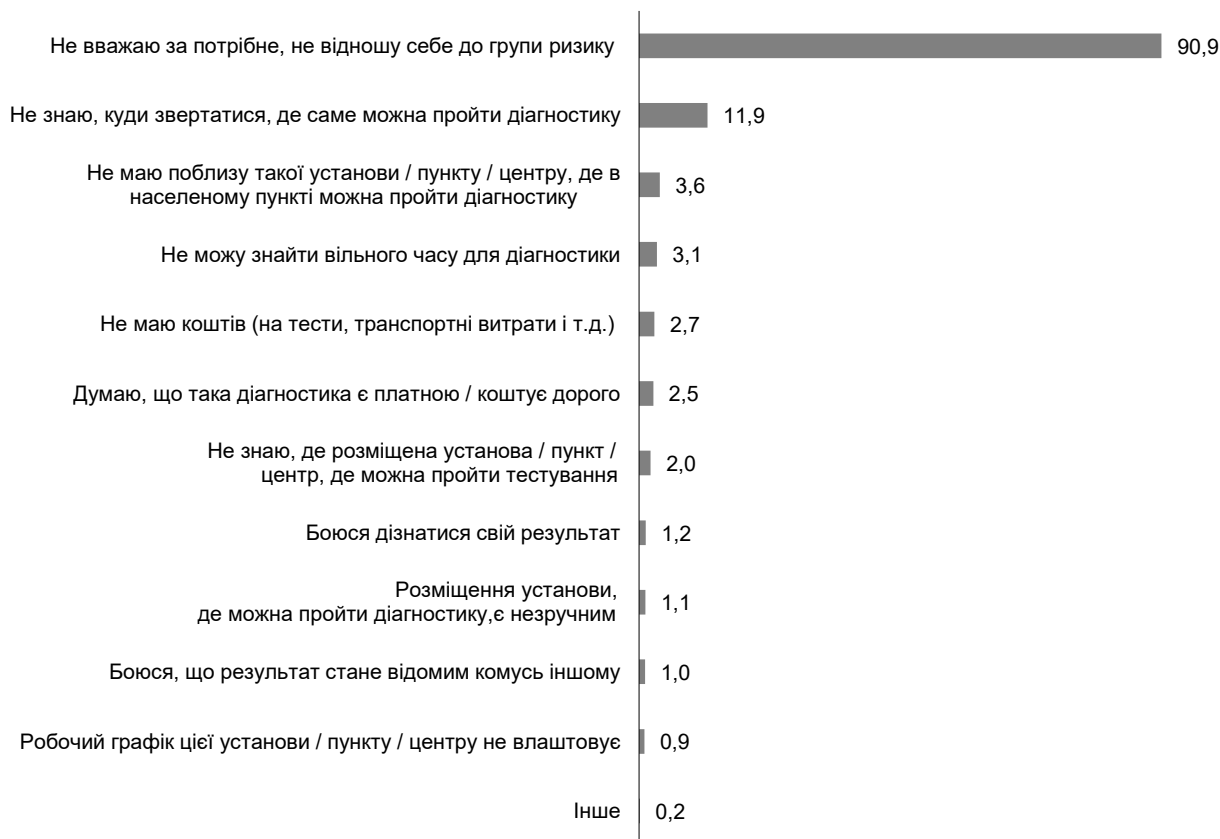
**Рис. 6.2.** Проходження діагностики на ВІЛ

За даними опитування, більшість тих, хто робив тест на ВІЛ впродовж останніх двох років, проходили цю діагностику в комунальній/відомчій поліклініці (55,6%), близько п'ятої частини (17,7%) – в лікарні загального профілю, менше десятої частини – в акушерсько-гінекологічній службі (8,3%), приватній лабораторії (7,8%) або профільних закладах (6,6%).

Майже дві третини (62,8%) тих, хто проходив діагностику на ВІЛ протягом останніх двох років, отримали її безкоштовно, і третина (37,2%) повністю або частково оплачували цю діагностику.

Абсолютна більшість тих, хто не проходив діагностику на ВІЛ взагалі або впродовж останніх двох років, як причину, чому вони цього не робили, вказали, що вони не бачать у цьому потреби та не відносять себе до групи ризику (90,9%), і близько десятої частини – не знають, куди звернутися (11,9%). Інші причини, чому вони не проходили діагностику, опитані називали значно рідше. Зокрема 3,6% тих, хто не проходив діагностику на ВІЛ протягом останніх двох років, вказали, що вони не робили цього, оскільки не мають поруч установи, де можна пройти такий тест; 3,1% не мають вільного часу для діагностики; 2,7% не мають коштів на тести або транспортні витрати; 2,5% вважають, що це коштуватиме дорого; 2,0% не знають, де розміщена установа, в якій можна пройти тестування; 1,2% не тестувалися, оскільки бояться дізнатися свій результат; 1,1% – через незручне розміщення установи, де можна зробити тест; 1,0% – через страх, що результати стануть відомі іншим; 0,9% – через незручний графік роботи установи, де можна зробити тест (**рис. 6.3**).

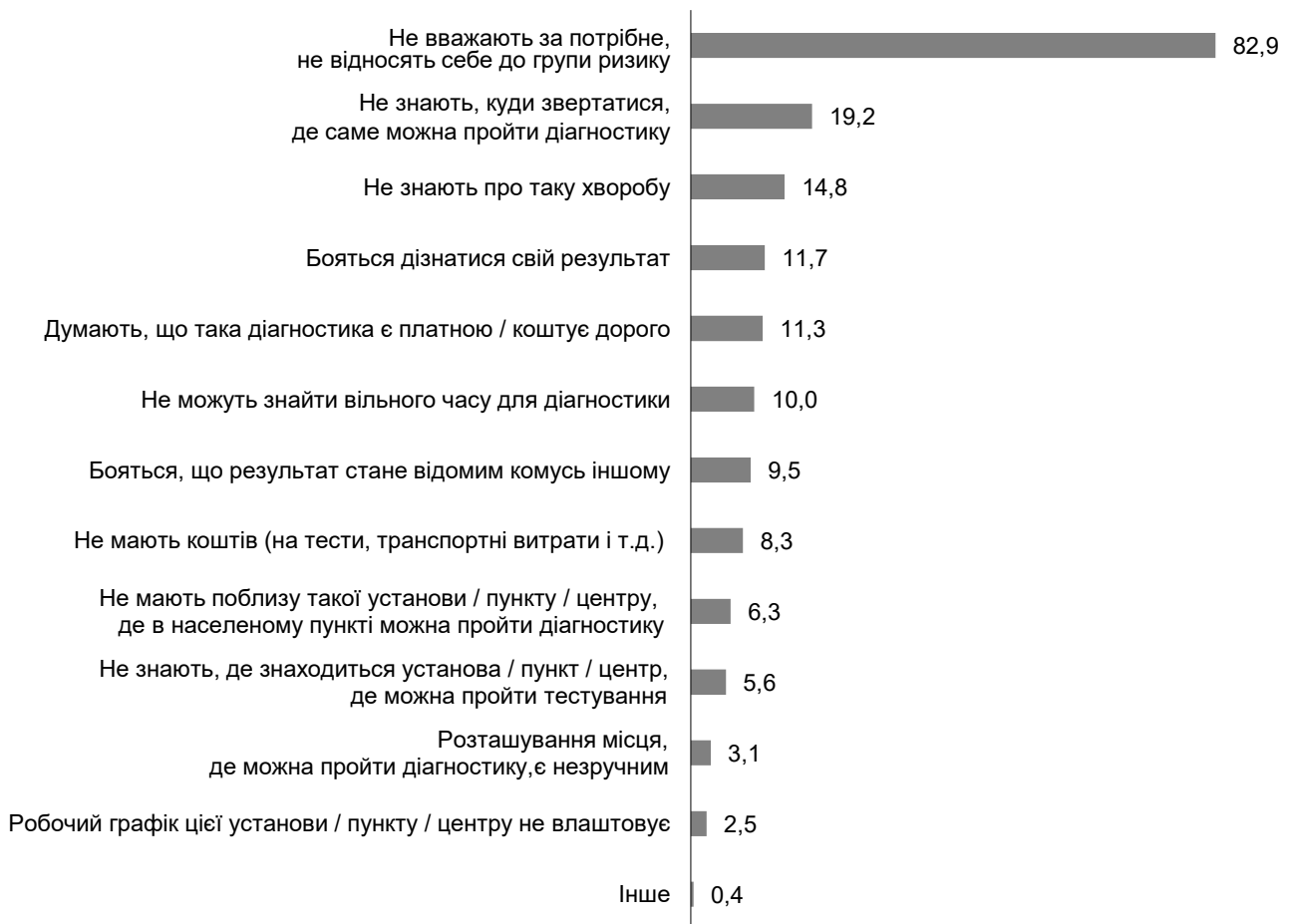
### Чому Ви не проходили діагностику на ВІЛ (впродовж останніх двох років)?, %



**Рис. 6.3.** Причини, чому опитані не проходили діагностику на ВІЛ

Відповідаючи на запитання, чому інші люди можуть не проходити діагностику на ВІЛ, більшість, як і в попередньому запитанні, вказали, що причиною є те, що люди не вважають це за потрібне, оскільки не відносять себе до групи ризику (82,9%). Також доволі багато людей вважають, що причинами того, що інші не проходять діагностику на ВІЛ, є те, що люди не знають, куди звертатися, щоб зробити тест на ВІЛ (19,2%), не знають про таку хворобу (14,8%), бояться дізнатися свій результат (11,7%), вважають, що діагностика коштує дорого (11,3%), не мають вільного часу (10,0%) або бояться, що результат стане відомим іншим (9,5%) (**рис. 6.4**).

### Чому люди можуть не проходити діагностику на ВІЛ? (%)



**Рис. 6.4.** Причини, чому, на думку опитаних, інші люди можуть не проходити діагностику на ВІЛ

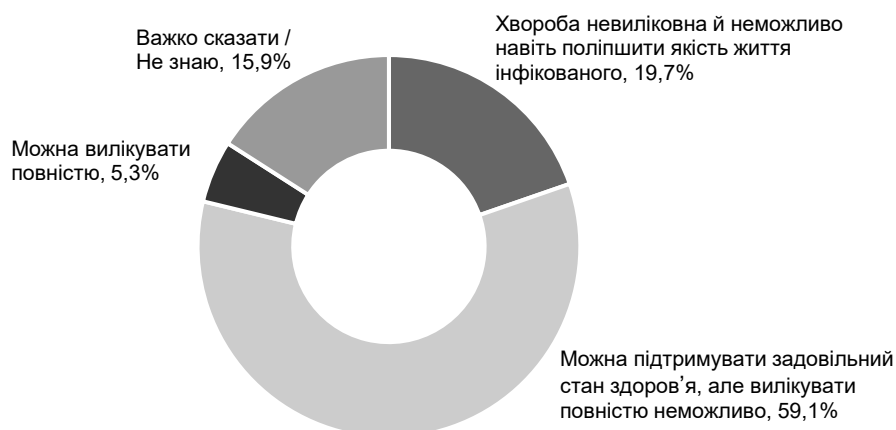
### 6.3. Сприйняття та уявлення щодо ВІЛ

Більшість дорослого населення країни (59,1%), знають, що ВІЛ неможливо вилікувати повністю, але можна підтримувати задовільний стан здоров'я. Близько п'ятої частини (19,7%) вважають, що ця хвороба невиліковна й неможливо навіть поліпшити якість життя інфікованого, і близько 5,3% – що ВІЛ можна вилікувати повністю. Водночас доволі багато людей (15,9%) зізнаються, що не знають, виліковним є ВІЛ чи ні (**рис. 6.5**).

Представники різних соціально-демографічних категорій мають схожі уявлення щодо того, чи можна вилікувати ВІЛ повністю, однак, як і в інших аспектах знання про ВІЛ/СНІД, про те, що ВІЛ невиліковний, але за умови відповідної терапії можна підтримувати задовільний стан здоров'я інфікованого, трохи гірше обізнані люди старші за 60 років (таку відповідь дали 50,7%), мешканці сільської місцевості (56,9%), люди з нижчим рівнем освіти (початкова чи загальна середня 52,7%) та нижчим рівнем доходів (до 2000 грн на особу, 53,1%).



### Як Ви вважаєте, чи можна вилікувати ВІЛ повністю?, %



**Рис. 6.5.** Уявлення населення про те, чи можна вилікувати ВІЛ повністю

Жителі України загалом погано знають, у який спосіб сплачується лікування ВІЛ в Україні: «важко сказати» на це запитання відповіли 42,3% тих, хто будь-коли чув про ВІЛ/СНІД. Серед тих, хто обрав певний варіант відповіді, більшість схильні вважати, що лікування ВІЛ не є безкоштовним: близько третини (34,5%) вважають, що всі або більшість витрат пацієнт сплачує сам, ще близько 11,9% – що пацієнт сплачує деякі витрати, і лише 11,3% думають, що всі препарати для лікування ВІЛ надаються державою безкоштовно (рис. 6.6).

Обізнаність про те, як саме сплачується лікування ВІЛ в Україні, невисока серед усіх категорій населення: незалежно від статі, віку, місця проживання, освіти чи доходів, переважна більшість вказали, що вони не знають, як саме сплачується лікування ВІЛ в Україні, а серед тих, хто відповів, більшість дотримується думки, що лікування ВІЛ повністю або частково оплачують самі пацієнти.

### Як Ви вважаєте, у який спосіб сплачується лікування ВІЛ в Україні?



**Рис. 6.6.** Уявлення населення про те, у який спосіб сплачується лікування ВІЛ в Україні

Проведене опитування свідчить, що, попри доволі високу обізнаність про шляхи передавання ВІЛ, значна частина населення перебуває під впливом стереотипів і демонструє упереджене ставлення до людей, які живуть з ВІЛ. Так, лише третина (32,4%) опитаних відповіли, що вони купили б свіжі овочі у продавця, якби знали, що в цієї людини ВІЛ, 67,6% – ні. Лише п'ята частина (22,4%) погоджуються, що якщо шкільна вчителька є носієм ВІЛ, варто їй дозволити

продовжувати викладання у школі, 77,6% – ні. Приблизно стільки ж (20,3%) дозволили б, щоб їхня дитина відвідувала дитячий садок, школу чи гуртки разом з дітьми, інфікованими ВІЛ, 79,7% – ні. За даними опитування, молоді люди та люди з вищою освітою трохи частіше відповідали, що вони не бачать загрози в соціальній взаємодії з людьми, які живуть з ВІЛ, але більшість все одно сприймають людей з ВІЛ з острахом (табл. 6.4).

У ситуації інфікування близької людини ВІЛ більшість були б готові надати підтримку такому членові родини: 81,5% вказали, що, якби вони дізналися, що член їхньої родини захворів на ВІЛ, вони були б готові доглядати за ним вдома, 18,5% – ні. Водночас, очікуючи негативного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, з боку суспільства, більшість опитаних (72,9%) намагалися б тримати в таємниці, якби член їхньої родини інфікувався ВІЛ, лише 27,1% – ні.

**Таблиця 6.4**

Сприйняття та ставлення до людей, хворих на ВІЛ, 2020 р.

Ствердні відповіді серед тих, хто будь-коли чув про ВІЛ/СНІД

	N	купили б свіжі овочі у власника магазину або продавця, якби знали, що в цієї людини ВІЛ, %	дозволили б, щоб їхня дитина відвідувала дитячий садок, школу чи гуртки разом з дітьми, інфікованими ВІЛ, %	вважають, що якщо шкільна вчителька є носієм ВІЛ, їй варто дозволити продовжувати викладання в школі, %	якби дізналися, що член їхньої родини захворів на ВІЛ, були б готові доглядати за ним / нею у себе вдома, %	якби член їхньої родини інфікувався ВІЛ, не намагалися б тримати це в таємниці, %
<b>Україна</b>	<b>7922</b>	<b>32,4</b>	<b>20,3</b>	<b>22,4</b>	<b>81,5</b>	<b>27,1</b>
<b>СТАТЬ</b>						
чоловіки	2838	34,6	21,7	24,3	80,9	30,0
жінки	5084	30,7	19,1	20,9	82,0	24,8
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>						
18–29 років	1180	40,7	25,7	30,0	81,1	29,6
30–44 роки	2309	37,3	22,7	25,3	80,8	28,8
45–59 років	1990	34,3	21,8	23,3	83,0	25,7
60 років і більше	2443	20,0	12,7	13,5	81,1	25,1
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>						
міська	4972	33,4	20,8	22,7	81,6	25,7
сільська	2950	30,2	18,9	21,9	81,2	30,7
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>						
початкова, загальна середня	1629	29,4	16,6	18,4	81,4	25,4
професійно-технічна, середня спеціальна	3975	28,7	17,8	19,2	79,0	26,8
вища, науковий ступінь	2318	40,6	26,8	30,5	85,4	28,7
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>						
до 1000 грн	801	27,7	18,5	22,1	70,0	27,7
1001–1500 грн	720	30,8	22,7	23,0	79,5	29,8
1501–2000 грн	932	29,6	18,1	20,0	81,6	25,7
2001–2500 грн	1012	25,2	15,0	15,7	80,6	24,4
понад 2500 грн	2649	36,5	22,0	24,6	83,9	26,7

Основним шляхом інфікування ВІЛ в Україні є статевий<sup>37</sup>, тому в питаннях запобігання ВІЛ особливо наголошується необхідність безпечної статевої поведінки, зокрема використання презервативів, утримання від сексуальних контактів із малознайомими партнерами та вірність одному партнерові / обмеження кількості статевих партнерів. Дані опитування свідчать, що дорослі жителі країни у більшості обізнані про те, як можна захиститися від зараження ВІЛ статевим шляхом. Зокрема абсолютна більшість опитаних, без суттєвих відмінностей за соціально-демографічними ознаками, погодилися з твердженням, що ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо використовувати презерватив при кожному сексуальному контакті (97,0% серед тих, хто будь-коли чув про ВІЛ/СНІД), а також що можна знизити ризик зараження ВІЛ-інфекцією, якщо займатися сексом тільки з одним неінфікованим партнером, у якого немає інших партнерів (94,4%). Також абсолютна більшість (92,3%) погоджуються, що людина, яка видається абсолютно здоровою, може мати ВІЛ.

Водночас поширеними залишаються хибні уявлення про ризики інфікування ВІЛ. Зокрема чверть (28,1%) тих, хто чув про ВІЛ і визначився з відповіддю на запитання, допускають, що можна заразитися ВІЛ через укуси комара, і 71,9% знають, що це не так. Також, хоча більшість (79,0%) знають, що не можна інфікуватися ВІЛ через їжу, яку приготував або подавав інфікований ВІЛ, кожен п'ятий (21,0%) вважає інакше. Тобто загальна поінформованість про дієві способи запобігання ВІЛ не виключає необґрунтованого страху перед загрозою.

**Таблиця 6.5**

Знання шляхів захисту та відкидання стереотипних уявлень щодо передавання ВІЛ, 2020 р.

		Ті з респондентів, хто будь-коли чув про ВІЛ/СНІД і знає, що				
	N	ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо використовувати презерватив при кожному сексуальному контакті, %	можна знизити ризик зараження ВІЛ-інфекцією, якщо займатися сексом тільки з одним неінфікованим партнером, у якого немає інших партнерів, %	людина, яка видається абсолютно здоровою, може мати ВІЛ, %	не можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комара, %	не можна інфікуватися ВІЛ, якщо споживати їжу, яку приготував чи подавав інфікований ВІЛ, %
<b>Україна</b>	<b>8660</b>	<b>97,0</b>	<b>94,4</b>	<b>92,3</b>	<b>71,9</b>	<b>79,0</b>
<b>СТАТЬ</b>						
чоловіки	3171	96,9	94,2	92,0	71,8	79,1
жінки	5489	97,0	94,6	92,6	71,9	79,0
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>						
18–29 років	1351	97,9	94,6	92,5	69,5	79,5
30–44 роки	2572	96,7	94,6	93,0	73,8	80,6
45–59 років	2228	96,8	94,3	91,4	73,8	79,4
60 років і більше	2509	97,0	94,2	92,4	69,2	76,4
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>						
міська	5530	97,1	94,1	92,1	74,2	79,7
сільська	3130	96,6	95,2	92,9	65,4	77,3
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>						
початкова, загальна середня	1756	98,2	96,5	94,5	69,5	76,0

37 ЦГЗ МОЗ України. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та кількість смертей, зумовлених СНІДом. <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilnsnid/statistika-z-vilnsnidu/statistichni-dovidki-pro-vilnsnid>

професійно-технічна, середня спеціальна	4324	96,4	94,0	91,6	73,5	80,4
вища, науковий ступінь	2580	97,2	93,8	92,2	70,6	78,5
<b>ДОХІД Д/Г НА ОСОБУ</b>						
до 1000 грн	834	95,2	91,9	86,4	65,7	65,0
1001–1500 грн	782	96,4	94,3	93,0	63,0	81,4
1501–2000 грн	1010	97,0	94,6	95,4	70,4	78,2
2001–2500 грн	1080	97,0	95,5	93,8	73,0	79,9
понад 2500 грн	2929	97,5	93,8	93,0	76,9	81,8

Додатково для того, щоб оцінити доступність презервативів для молодшої частини дорослого населення, респондентів віком 18–24 роки запитували, чи знають вони, де можна придбати презервативи, і чи можуть вони купити їх, коли необхідно. Відповідно до отриманих даних молодші люди в абсолютній більшості не відчують перешкод у доступі до презервативів: 97,7% опитаних віком 18–24 роки вказали, що вони знають, де можна придбати презервативи, і серед них 98,8% завжди можуть купити їх, коли їм потрібно. Відсоток молодих людей, які не мають труднощів із доступом до презервативів, однаковий серед чоловіків та жінок, але дещо нижчий у сільській місцевості (94,7% знають, де можна придбати презервативи, і 97,1% з них завжди можуть купити презервативи, коли їм потрібно), ніж у містах (98,8% знають, де можна придбати презервативи, і 99,4% з них завжди можуть купити презервативи, коли їм потрібно).

#### **6.4. Знання про туберкульоз, його симптоми та шляхи передавання**

Абсолютна більшість (98,0%) дорослого населення чули про існування такої хвороби, як туберкульоз. Обізнаність про існування туберкульозу є всезагальною: про існування цієї хвороби чули абсолютна більшість як серед чоловіків, так і серед жінок, незалежно від віку, рівня освіти та матеріального становища, а також як у містах, так і в сільській місцевості (**табл. 6.6**).

Усі подальші запитання про туберкульоз ставилися лише тим, хто будь-коли чув про цю інфекцію. Отже, жителі країни переважно обізнані про те, як саме можна інфікуватися туберкульозом. Серед тих, хто чув про цю хворобу, абсолютна більшість (76,5%) знають, що інфікуватися туберкульозом можна повітряно-крапельним шляхом (під час тривалого перебування в закритому приміщенні разом з хворою людиною). Однак про те, що інфікуватися туберкульозом можна внаслідок використання спільних насадок під час куріння кальяну, знають лише близько чверті (24,3%) всього населення.

Водночас значна частина людей мають неточні або хибні уявлення про шляхи зараження туберкульозом. Серед опитаних майже дві третини (62,8%) вважають, що можна інфікуватися туберкульозом через слину (поцілунки з інфікованою людиною, коли хворий плює, кашляє). Також багато жителів країни дотримуються думки, що можна інфікуватися туберкульозом через використання спільного посуду з інфікованою людиною (39,6%), під час перебування в антисанітарних умовах (28,5%), через використання спільних предметів гігієни (21,9%), під час переливання крові (21,7%), через поручні у громадському транспорті (21,4%), внаслідок використання нестерильних інструментів під час стоматологічних процедур, проколювання вух, манікюру, нанесення тату тощо (21,0%). Близько 3,1% тих, хто будь-коли чув про туберкульоз, відповіли, що вони не знають, як саме можна інфікуватися ним.

Знання шляхів передавання туберкульозу не дуже залежить від соціально-демографічних характеристик: про те, що туберкульоз передається повітряно-крапельним шляхом, знає абсолютна більшість в усіх соціально-демографічних категоріях, які були включені до аналізу, водночас значна частина помилково вважають, що туберкульозом можна інфікуватися через слину, спільний посуд, предмети гігієни тощо.

Отже, можна відзначити, що знання про шляхи передавання туберкульозу не є всебічним:

хоча абсолютна більшість населення знає про те, як саме можна інфікуватися туберкульозом, разом з тим люди погано обізнані про те, як туберкульоз не передається, що може призводити до страху й упередженого ставлення до хворих на туберкульоз.

За даними опитування, абсолютна більшість населення знають про ті чи інші симптоми туберкульозу. Найбільш відомим симптомом туберкульозу є кашель: 74,7% знають, що ознакою туберкульозу є кашель або покашлювання, що триває понад два тижні, 72,9% – кашель з кров'ю. Про інші симптоми опитані знають гірше, зокрема біль у грудях серед симптомів туберкульозу назвали 33,1%, немотивоване підвищення температури – 27,7%, підвищену втомлюваність і слабкість – 23,5%, втрату ваги – 19,4%, підвищену пітливість – 14,1%, втрату апетиту – 11,6%, збільшення лімфатичних вузлів – 7,2%. Те, що хворий може не мати симптомів, вказали лише 0,8% опитаних. Близько 4,7% тих, хто будь-коли чув про туберкульоз, зізналися, що не знають симптомів цієї хвороби.

Рівень обізнаності про симптоми туберкульозу в різних соціально-демографічних категоріях практично однаковий, але можна відзначити, що респонденти з вищою освітою та вищим рівнем доходів домогосподарства (понад 2500 грн на особу) в середньому називали трохи більше симптомів, ніж решта населення (**табл. 6.7**).

Таблиця 6.6

Обізнаність про туберкульоз і шляхи передавання за соціально-демографічними характеристиками, 2020 р.

усі опитані	Ті, хто будь-коли чув про туберкульоз																				
	правильні відповіді щодо шляхів передавання туберкульозу помилкові уявлення про шляхи передавання туберкульозу, %																				
	N	%	N	повітряно-крапельним шляхом, %	внаслідок використання спільних насадок під час куріння кальяну, %	через слину – поцілунки з інфікованою людиною, коли хворий пліє, кашляє	через використання спільного посуду з інфікованою людиною	під час перебування в антисанітарних умовах (наприклад, брудні приміщення або вулиці тощо)	через використання деяких предметів гігієни (спільні леза, манікюрні ножичці) з інфікованою людиною	під час переливання крові	через поручні у громадському транспорті	при використанні нестерильних інструментів під час стоматологічних процедур, проколів вух, манікюру	при вживанні ін'єкційних наркотиків	під час потрапляння інфікованого біологічного матеріалу на не пошкоджені шкірні покриви	від матері до дитини під час вагітності чи пологів	під час грудного вигодовування (якщо породілля є інфікованою)	під час незахищеного статевого контакту	під час вживання наркотиків через вдихання носом	під час купання у водоймі або басейні	Важко сказати / Не знаю	
<b>Україна</b>	<b>10058</b>	<b>98,0</b>	<b>9859</b>	<b>76,5</b>	<b>24,3</b>	<b>62,8</b>	<b>39,6</b>	<b>28,5</b>	<b>21,9</b>	<b>21,7</b>	<b>21,4</b>	<b>21,0</b>	<b>15,3</b>	<b>13,8</b>	<b>10,4</b>	<b>7,7</b>	<b>7,3</b>	<b>6,7</b>	<b>5,4</b>	<b>3,1</b>	
<b>СТАТЬ</b>																					
чоловіки	3607	97,6	3529	76,1	25,0	61,8	38,8	27,7	22,0	21,7	20,0	21,6	15,3	13,5	9,2	7,0	7,2	7,2	5,2	3,1	
жінки	6451	98,3	6330	76,9	23,8	63,7	40,2	29,1	21,7	21,7	22,5	20,6	15,3	14,0	11,3	8,2	7,4	6,3	5,5	3,0	
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>																					
18–29 років	1384	97,9	1353	77,0	27,2	65,2	38,0	28,2	19,9	20,5	21,2	19,4	16,1	13,7	10,2	8,0	7,4	7,8	5,3	3,1	
30–44 роки	2739	98,0	2686	78,2	29,3	65,1	39,3	29,3	22,2	20,9	22,2	21,2	15,0	14,4	11,5	8,6	7,9	7,2	5,5	3,0	
45–59 років	2522	98,4	2488	74,8	25,3	60,6	42,0	30,5	24,9	24,7	20,9	23,9	18,2	13,7	10,9	7,6	7,4	6,9	5,7	2,5	
60 років і більше	3413	97,7	3332	76,1	17,0	61,3	38,5	26,0	19,9	20,5	21,2	19,3	12,7	13,2	9,0	6,5	6,7	5,4	4,9	3,6	
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>																					
міська	6284	98,2	6166	77,0	26,9	63,4	41,2	28,9	22,0	21,9	22,8	21,0	15,6	14,0	10,9	8,2	7,6	6,6	5,4	2,6	
сільська	3774	97,6	3693	75,5	18,3	61,5	35,6	27,5	21,6	21,4	18,2	21,2	14,5	13,2	9,1	6,4	6,8	6,9	5,3	4,2	
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>																					
початкова, загальна середня	2317	97,8	2267	72,5	15,2	58,6	37,8	28,0	22,6	25,0	20,0	21,6	16,7	12,9	10,8	5,6	6,8	6,0	4,4	4,5	
професійно-технічна, середня спеціальна	4976	98,1	4876	77,9	26,6	65,2	40,8	26,9	21,0	20,6	19,8	20,6	13,1	14,4	9,1	8,0	7,7	5,8	5,5	2,8	
вища, науковий ступінь	2765	97,9	2716	77,0	27,0	61,7	38,7	31,6	22,9	21,2	25,2	21,4	18,2	13,4	12,2	8,5	7,1	8,7	5,8	2,5	
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>																					
До 1000 грн	1001	97,0	976	75,9	17,1	56,8	32,1	23,0	16,9	17,4	15,8	15,2	13,0	8,6	8,6	6,3	6,6	5,8	3,5	2,9	
1001–1500 грн	914	98,4	900	76,8	21,4	64,8	35,7	28,6	19,8	16,6	20,3	16,9	12,7	15,1	9,5	7,9	6,2	7,3	5,5	2,8	
1501–2000 грн	1243	97,8	1213	76,5	21,3	63,8	37,4	25,7	25,1	23,0	20,8	23,0	14,5	13,9	11,7	9,6	9,9	5,0	6,6	4,3	
2001–2500 грн	1332	98,6	1310	77,5	23,7	65,5	42,1	28,3	23,0	25,2	22,1	24,6	16,3	15,8	10,2	6,5	7,8	5,9	5,0	2,6	
Понад 2500 грн	3227	97,9	3166	76,4	28,5	64,4	44,6	30,3	23,7	24,9	24,2	23,9	18,1	14,9	12,5	8,1	8,1	7,9	5,5	2,2	

Таблиця 6.7

Обізнаність про симптоми туберкульозу за соціально-демографічними характеристиками, 2020 р.

	N	Знання правильних симптомів туберкульозу										омилкові уявлення про симптоми туберкульозу, %				
		кашель або покашлювання, що триває більше двох тижнів, %	кашель з кров'ю (кровохаркання), %	біль у грудях, %	немотивоване підвищення температури тіла або лихоманка, %	підвищена втомлюваність і слабкість, %	немотивована втрата ваги, %	Підвищена пітливість, %	втрата апетиту, %	збільшення лімфатичних вузлів, %	хворий може не мати симптомів, %	люмота і болі в суглобах і м'язах	жогяниця (пожовтіння шкіри та слизових оболонок)	нудота	потемніння сечі або світлий кал	важко сказати / не знаю
<b>Україна</b>	<b>9861</b>	<b>74,7</b>	<b>72,9</b>	<b>33,1</b>	<b>27,7</b>	<b>23,5</b>	<b>19,4</b>	<b>14,1</b>	<b>11,6</b>	<b>7,2</b>	<b>0,8</b>	<b>12,4</b>	<b>3,1</b>	<b>2,7</b>	<b>0,7</b>	<b>4,7</b>
<b>СТАТЬ</b>																
чоловіки	3531	74,6	72,3	33,3	26,5	22,6	17,2	12,2	11,3	6,7	0,5	11,4	3,4	2,4	0,6	5,1
жінки	6330	74,7	73,4	33,0	28,7	24,2	21,1	15,6	11,8	7,7	1,0	13,3	2,9	3,0	0,8	4,4
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>																
18–29 років	1353	74,1	74,8	33,8	23,4	24,7	15,6	13,1	10,0	7,3	0,9	14,1	3,1	2,3	0,8	4,8
30–44 роки	2685	76,1	71,1	33,8	29,1	24,4	21,0	14,4	11,7	8,4	0,7	13,2	3,2	2,4	0,4	4,7
45–59 років	2488	75,4	74,6	35,4	28,8	25,3	22,6	16,9	13,2	7,4	0,9	12,6	3,5	3,6	1,2	4,3
60 років і більше	3335	72,9	72,3	30,1	27,7	20,3	17,0	11,9	10,9	5,8	0,7	10,5	2,7	2,5	0,5	5,1
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>																
міська	6168	74,3	72,8	34,2	30,8	24,1	19,9	14,8	11,9	7,6	0,8	12,4	3,7	2,9	0,7	3,9
сільська	3693	75,6	73,3	30,6	20,4	21,9	18,1	12,3	11,0	6,2	0,7	12,4	1,9	2,2	0,8	6,6
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>																
початкова, загальна середня	2266	73,8	69,8	28,1	24,6	22,7	19,1	14,4	10,9	5,2	0,6	10,7	2,0	1,9	0,4	5,9
професійно-технічна, середня спеціальна	4877	74,1	73,4	32,8	29,4	22	18,7	12,5	10,8	6,4	0,7	11,8	3,2	2,8	0,8	4,8
вища, науковий ступінь	2718	76,2	74,2	37,2	27,0	26,6	20,7	16,6	13,5	10,1	1,1	14,8	3,9	3,2	0,8	3,7
<b>ДОХІД Д/Г НА ОСОБУ</b>																
до 1000 грн	976	75,3	66,7	29,3	23,4	17,6	15,7	11,8	9,7	7,2	0,5	10,5	2,6	2,0	1,7	7,0
1001–1500 грн	900	73,9	70,2	31,5	21,5	22,2	20,4	10,9	11,1	7,8	1,6	13,5	3,6	2,0	0,5	5,7
1501–2000 грн	1213	70,4	73,8	33,4	24,3	20,3	16,6	12,2	9,7	5,5	0,8	9,9	2,3	3,1	0,5	5,6
2001–2500 грн	1310	76,1	74,7	32,3	28,5	22,6	17,4	13,7	11,5	4,9	0,5	11,6	2,4	2,4	0,6	3,7
понад 2500 грн	3165	76,3	75,6	38,0	32,1	27,0	22,0	17,0	13,6	8,1	0,7	12,8	3,6	3,4	0,7	2,6

## 6.5. Діагностика туберкульозу

Жителі України у більшості схильні оцінювати власний ризик інфікування туберкульозом як імовірний або цілком реальний: більше половини (58,8%) тих, хто чув про цю хворобу, оцінили його як «абсолютно реальний», «відносно реальний» або «п'ятдесят на п'ятдесят»; трохи менше третини (31,2%) вважають можливість інфікування туберкульозом малоімовірною, і близько десятої частини (10,0%) відповіли, що, на їхню думку, їм це абсолютно не загрожує (рис. 6.7).

Трохи вище власний ризик інфікуватися туберкульозом оцінюють люди молодшого та середнього віку (допускають, що ризик інфікування туберкульозом є ймовірним або цілком реальним 61,2% опитаних віком 18–29 років, 63,4% віком 30–44 роки і 65,0% віком 45–59 років), ніж люди віком 60 років і старші (47,4%). Окрім цього, дещо вище власний ризик інфікування туберкульозом оцінюють люди з вищою освітою (66,4%), ніж ті, хто вищої освіти не має (55,6%), і люди із категорій з низьким (60,6% у категорії з доходом домогосподарства до 1500 грн на особу) або високим доходом (61,8% у категорії з доходом домогосподарства понад 2500 грн на особу), аніж у середній категорії за рівнем доходів (52,6% у категорії з доходом домогосподарства 1501–2500 грн на особу). За статтю й типом місцевості суттєвої відмінності у сприйнятті власних ризиків інфікування туберкульозом немає. Тобто сприйняття власних ризиків інфікування туберкульозом слабо корелює з тим, які категорії населення насправді можуть мати більший ризик виникнення захворювання<sup>38</sup>, що може бути пов'язаним із недостатньою обізнаністю про те, як саме туберкульоз не передається і, відповідно, необґрунтованим страхом перед хворобою.

Як Ви оцінюєте свій власний ризик інфікуватися туберкульозом?, %

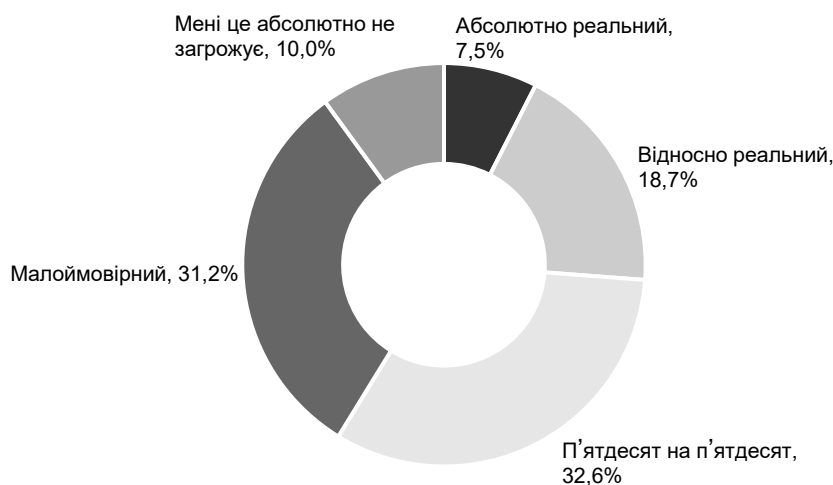


Рис. 6.7. Оцінювання населенням власного ризику інфікуватися туберкульозом

Майже три чверті (73,5%) знають про те, де можна зробити рентген чи аналіз мокротиння для діагностики туберкульозу. За даними опитування, про те, де можна пройти діагностику на туберкульоз, знає абсолютна більшість в усіх соціально-демографічних категоріях, але дещо гірше обізнаними про це є люди старші 60 років (69,0% знають, де можна зробити рентген або аналіз мокротиння), люди з нижчим рівнем освіти (70,9% серед тих, хто має початкову або загальну середню освіту, 72,3% – середню спеціальну) та мешканці сільської місцевості (71,4%) (табл. 6.8).

<sup>38</sup> На туберкульоз може захворіти будь-хто, але, відповідно до інформації ЦГЗ, до категорій населення, які мають більший ризик захворювання на туберкульоз, належать: особи, які перебувають у постійному контакті з хворим на туберкульоз; ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД; особи, які страждають на алкоголізм, курять, вживають наркотики; особи з послабленим імунітетом внаслідок неправильного харчування, поганих умов життя чи хронічних хвороб (цукровий діабет); діти, оскільки їхня імунна система не сформована; літні люди через послаблення їхньої імунної системи. (Центр громадського здоров'я МОЗ України, <https://phc.org.ua/dlya-pacientiv/pro-tuberkuloz>).



**Таблиця 6.8**

**Проходження діагностики на туберкульоз за соціально-демографічними характеристиками, 2020 р.**

		Ті, хто будь-коли													
		чули про туберкульоз					робили флюорографію					робили дослідження мокротиння			
		знають, де можна зробити рентген чи аналіз мокротиння для діагностики туберкульозу, %		будь-коли проходили діагностику на туберкульоз, %		будь-коли робили флюорографію, %		будь-коли проходили скринінг (опитування лікарем по анкеті), %		будь-коли робили дослідження мокротиння, %		знають результат, %		знають результат, %	
Україна	№	73,5	91,8	90,9	8,8	7,3	8564	97,1	847	94,6	695	95,9	№	№	№
<b>СТАТЬ</b>															
чоловіки	3533	72,0	91,0	90,0	8,9	7,1	3004	97,4	313	94,4	239	96,3			
жінки	6335	74,7	92,4	91,7	8,7	7,4	5560	96,8	534	94,8	456	95,6			
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>															
18–29 років	1353	73,4	89,5	88,6	9,0	7,3	1162	97,4	112	97,5	106	97,4			
30–44 роки	2688	76,4	91,8	91,0	9,5	6,9	2329	97,6	273	95,3	186	96,1			
45–59 років	2489	75,4	93,1	92,3	9,7	7,9	2214	97,3	236	94,9	176	95,8			
60 років і більше	3338	69,0	91,9	91,0	7,1	7,1	2859	96,1	226	91,3	227	94,8			
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>															
міська	6173	74,4	92,7	91,9	9,2	7,8	5424	97,4	588	94,6	496	96,3			
сільська	3695	71,4	89,5	88,6	7,9	6,0	3140	96,3	259	94,5	199	94,7			
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>															
початкова, загальна середня	2267	70,9	90,4	89,7	8,1	6,2	1917	96,2	161	95,6	126	96,3			
професійно-технічна, середня спеціальна	4882	72,3	92,0	91,2	7,6	6,1	4240	97,0	375	95,5	310	94,3			
вища, науковий ступінь	2719	77,3	92,4	91,4	11,2	10,0	2407	97,7	311	93,1	259	97,4			
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>															
до 1000 грн	976	73,2	87,3	86,1	7,0	7,8	804	95,2	63	95,2	60	91,4			
1001–1500 грн	901	71,2	91,2	90,6	6,4	6,7	765	95,8	58	93,3	57	96,0			
1501–2000 грн	1214	69,2	91,8	91,2	7,9	6,5	1064	95,8	93	92,5	75	96,2			
2001–2500 грн	1311	71,8	92,0	91,6	8,2	6,1	1148	96,6	110	94,9	84	93,9			
понад 2500 грн	3166	75,7	92,0	91,2	10,0	7,3	2775	97,7	317	94,1	254	96,3			

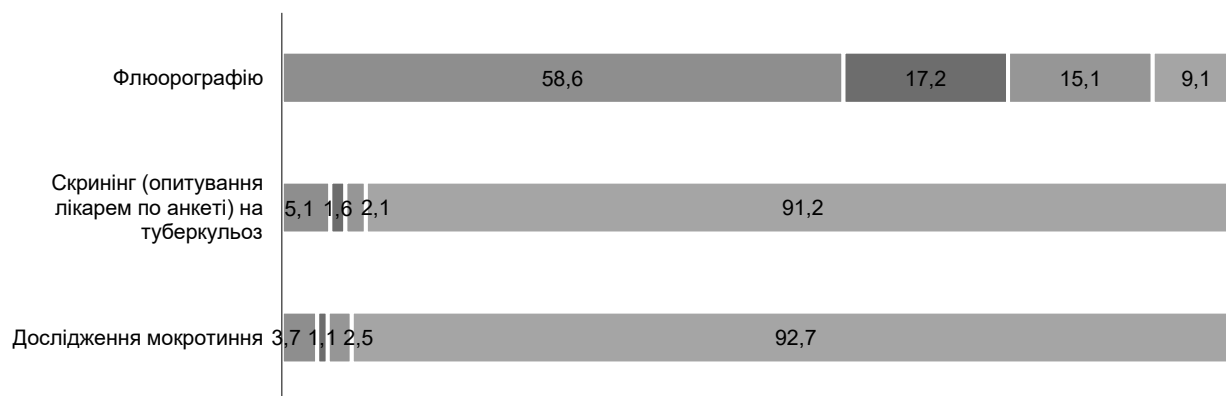
Абсолютна більшість (91,8%) тих, хто чув про цю хворобу, будь-коли проходили діагностику на туберкульоз. Рівень охоплення діагностикою на туберкульоз високий в усіх соціально-демографічних категоріях, але трохи вищий у містах (будь-коли проходили діагностику на туберкульоз 92,7%), ніж сільській місцевості (89,5%), та серед людей із середнім чи високим (понад 1000 грн на одного члена домогосподарства, 91,9%) доходом, ніж серед людей із найнижчим доходом (до 1000 грн на одного члена домогосподарства, 87,3%).

Найпоширенішим методом діагностики туберкульозу є флюорографія: будь-коли її робили 90,9% опитаних. Інші види діагностики туберкульозу проходила значно менша кількість людей: скринінг (опитування лікарем по анкеті) на туберкульоз будь-коли проходили 8,8%, дослідження мокротиння – 7,3% опитаних (**рис. 6.8**).

Серед тих, хто будь-коли проходив флюорографію, свій результат знають 97,1%, серед тих, хто проходив скринінг на туберкульоз, – 94,6%, дослідження мокротиння – 95,9%, без суттєвих відмінностей за соціально-демографічними ознаками (**табл. 6.8**).

**Не кажіть свій результат, але скільки місяців тому востаннє робили, %:**

■ В межах останніх 12 місяців    ■ Від 1 до 2 років тому    ■ Понад 2 роки тому    ■ Ніколи

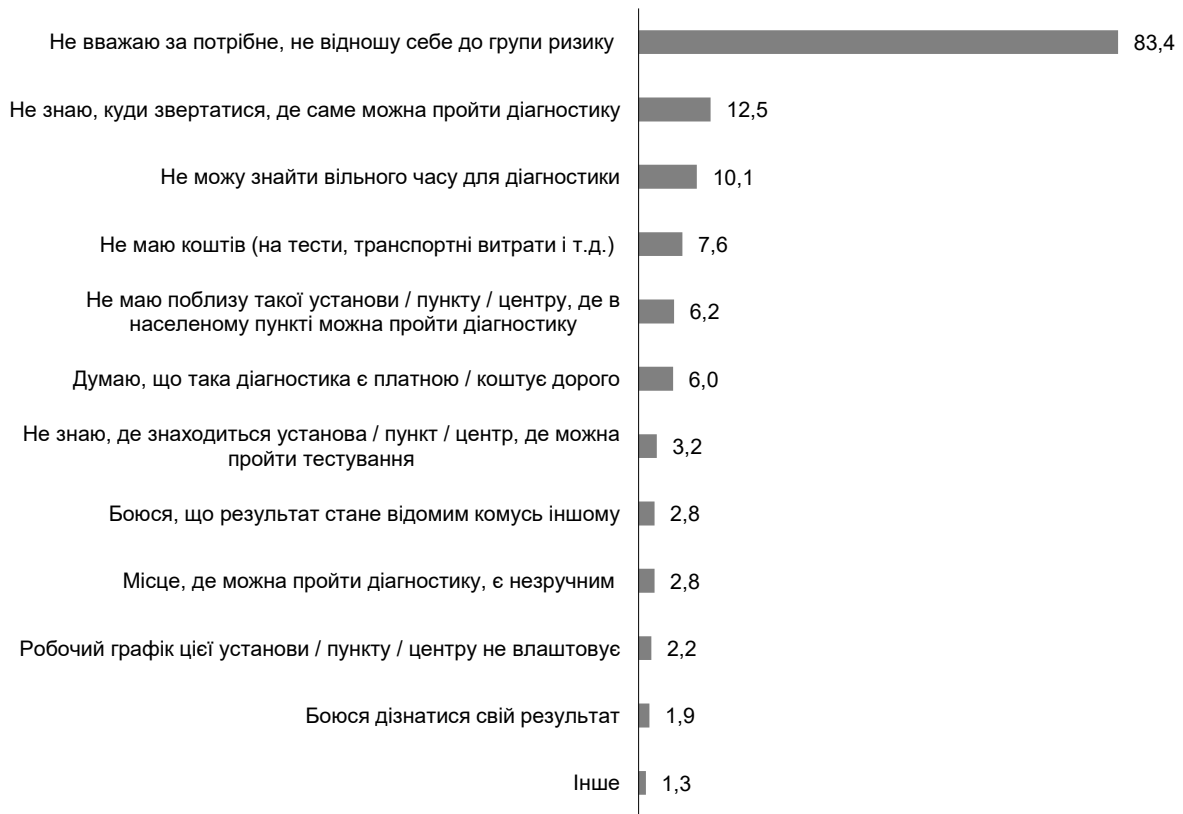


**Рис. 6.8.** Проходження діагностики на туберкульоз серед населення

Упродовж останніх двох років діагностику на туберкульоз проходили 77,1%. Абсолютна більшість тих, хто проходив діагностику на туберкульоз упродовж останніх двох років, робили її у комунальній/відомчій поліклініці (75,4%) або в лікарні загального профілю (20,7%). В інших закладах діагностику на туберкульоз проходив значно менший відсоток людей, зокрема 1,7% проходили її в приватній лабораторії, по 1,3% – в акушерсько-гінекологічній службі та у приватній клініці.

Абсолютна більшість тих, хто не проходив діагностику на туберкульоз взагалі або впродовж останніх двох років, у як причину, чому вони цього не робили, вказали, що вони не бачать у цьому потреби й не відносять себе до групи ризику (83,4%). Близько десятої частини (12,5%) не проходили діагностику на туберкульоз через те, що не знають, куди звернутися, або не мають вільного часу для діагностики (10,1%). Інші причини опитані називали рідше, зокрема 7,6% вказали, що вони не мають коштів на тести чи транспортні витрати; 6,2% не мають поблизу установи, де можна пройти діагностику; 6,0% вважають, що така діагностика коштує дорого; 3,2% не знають, де розміщена установа, в якій можна пройти тестування; 2,8% не проходили діагностики через страх, що результати стануть відомими іншим; 2,8% – через незручне розміщення установи, де можна пройти діагностику; 2,2% – через незручний графік роботи установи, де можна пройти діагностику; 1,9% – бояться дізнатися свій результат (**рис. 6.9**).

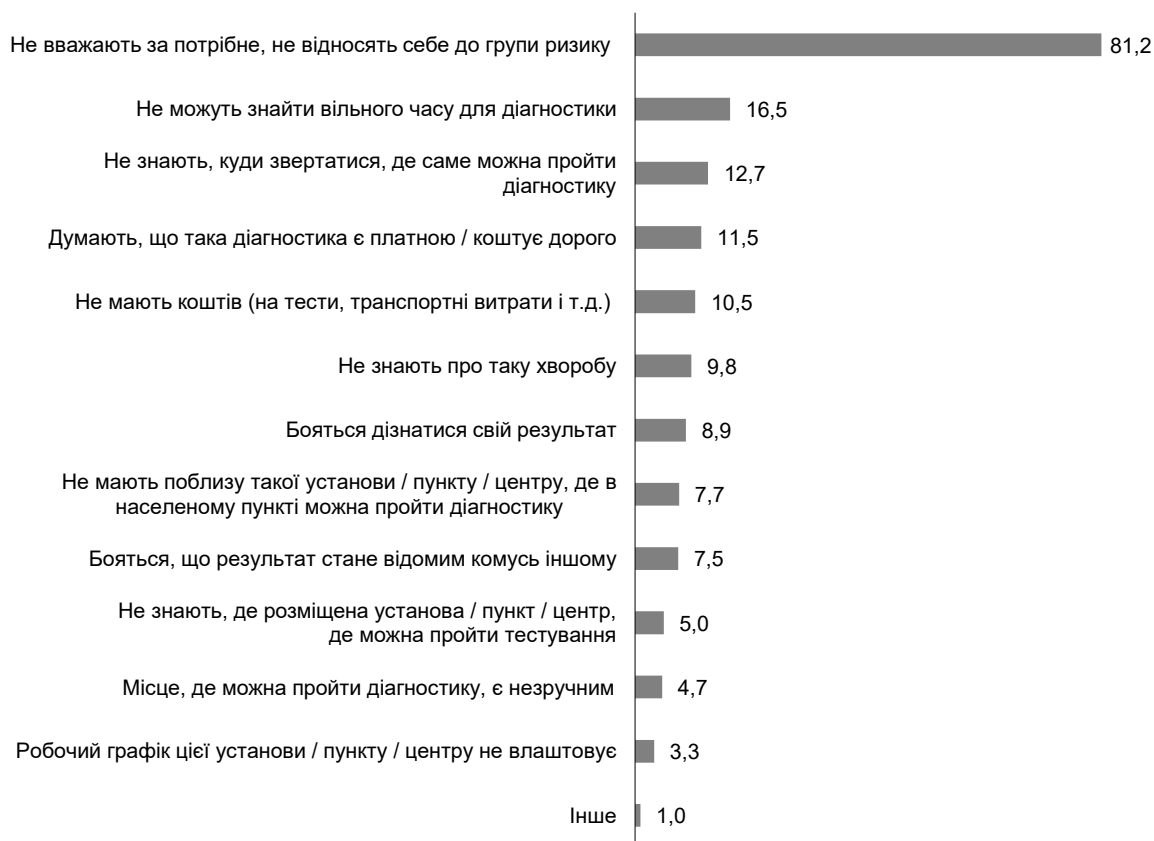
**Чому Ви не проходили діагностику на туберкульоз  
(впродовж останніх двох років)?, %**



**Рис. 6.9.** Причини непроходження діагностики на туберкульоз

Відповідаючи на запитання, чому інші люди можуть не проходити діагностику на туберкульоз, більшість (81,2%), як і в попередньому запитанні, вказали, що причиною є те, що люди не вважають це за потрібне, оскільки не відносять себе до групи ризику. Також доволі багато людей вважають, що причинами того, чому інші не проходять діагностику на туберкульоз, є те, що люди не можуть знайти вільного часу для діагностики (16,5%), не знають, де саме можна пройти діагностику (12,7%), думають, що така діагностика дорого коштує (11,5%), чи не мають коштів на обстеження чи транспортні витрати (10,5%) (рис. 6.10).

### Чому люди можуть не проходити діагностику на туберкульоз?, %



**Рис. 6.10.** Причини, чому, на думку опитаних, інші люди можуть не проходити діагностику на туберкульоз.

## 6.6. Сприйняття та уявлення щодо туберкульозу

Доволі багато людей в Україні не знають, що туберкульоз виліковний. За даними опитування, про те, що туберкульоз можна вилікувати повністю, знають 42,6% населення. Приблизно стільки ж (39,8%) вважають, що туберкульоз неможливо вилікувати повністю, але можна підтримувати задовільний стан здоров'я, і 3,7% вважають, що ця хвороба є невиліковною й неможливо навіть поліпшити якість життя інфікованого. Доволі багато людей (13,9%) відповіли, що вони не знають про те, можна вилікувати туберкульоз повністю чи ні (рис. 6.11).

Відсоток тих, хто знає про те, що туберкульоз виліковний, приблизно однаковий серед чоловіків та жінок, а також не залежить від віку, рівня освіти чи місця проживання, однак трохи нижчий серед людей із найнижчим доходом (34,3% у категорії із доходом до 1000 грн на одного члена домогосподарства), ніж середнім чи високим (43,9%).

**Як Ви вважаєте, чи можна вилікувати туберкульоз повністю (незалежно від його форми)?**



**Рис. 6.11.** Уявлення населення про те, чи можна вилікувати туберкульоз повністю

Жителі України погано знають, як саме сплачується лікування туберкульозу в Україні: «важко сказати» на це запитання відповіли 36,1% опитаних. Серед тих, хто обрав певний варіант відповіді, більшість схильні вважати, що лікування туберкульозу не є безкоштовним: 40,8% вважають, що всі чи більшість витрат пацієнт сплачує сам, ще близько 13,7% – що пацієнт сплачує деякі витрати, і лише 9,4% вважають, що всі препарати для лікування туберкульозу надаються державою безкоштовно (рис. 6.12).

Обізнаність про те, як сплачується лікування туберкульозу в Україні, невисока серед усіх категорій населення: в усіх соціально-демографічних категоріях, які були включені до аналізу, найбільшою є частка тих, хто відповів, що не знає, як саме сплачується лікування туберкульозу, а серед тих, хто визначився з відповіддю, більшість дотримується думки, що лікування туберкульозу повністю або частково оплачують самі пацієнти.

**Як Ви вважаєте, у який спосіб сплачується лікування туберкульозу в Україні?**



**Рис. 6.12.** Уявлення населення про те, як сплачується лікування туберкульозу в Україні

Значна частина населення схильні вважати людей, хворих на туберкульоз, небезпечними для суспільства. За даними опитування, лише 5,6% відповіли, що вони купили б свіжі овочі у власника магазину чи продавця, якби знали, що в цієї людини туберкульоз, 94,4% – ні. Ще менший відсоток (3,7%) вважає, що якщо шкільна вчителька є носієм туберкульозу, варто

їй дозволити продовжувати викладання в школі, 96,3% – ні. Приблизно стільки ж (3,4%) дозволили б, щоб їхня дитина відвідувала дитячий садок, школу чи гуртки разом з дітьми, інфікованими туберкульозом, 96,6% – ні. Лише третина (30,3%) відповіли, що не можна інфікуватися туберкульозом, якщо споживати їжу, яку приготував або подавав інфікований туберкульозом, 69,7% – що можна. Такі погляди властиві абсолютній більшості населення, незалежно від статі, віку, місця проживання чи інших характеристик (**табл. 6.9**).

Дві третини опитаних (67,1%) вказали, що, якби вони дізналися, що член їхньої родини захворів на туберкульоз, вони були б готові доглядати за ним вдома, 32,9% – ні. Водночас більшість опитаних (60,0%) намагалися б тримати в таємниці, якби член їхньої родини інфікувався туберкульозом, 40,0% – ні.

Отже, можна відзначити, що населення переважно демонструє упереджене ставлення до людей, хворих на туберкульоз, що може бути пов'язаним із недостатньою обізнаністю про те, що туберкульозом не можна заразитися в процесі звичайної побутової взаємодії, наприклад через спільні речі, предмети побуту, посуд, предмети гігієни, їжу тощо.

**Таблиця 6.9**

Сприйняття людей та ставлення до осіб, хворих на туберкульоз, 2020 р.

Ствердні відповіді серед тих, хто будь-коли чув про туберкульоз							
	N	купили б свіжі овочі у власника магазину чи продавця, якби знали, що в цієї людини туберкульоз, %	дозволили б, щоб їхня дитина відвідувала дитячий садок, школу чи гуртки разом з дітьми, інфікованими туберкульозом, %	вважають, що якщо шкільна вчителька є носієм туберкульозу, їй варто дозволити продовжувати викладання в школі, %	якби дізналися, що член їхньої родини захворів на туберкульоз, були б готові доглядати за ним / нею в себе вдома, %	якби член їхньої родини інфікувався туберкульозом, не намагалися б тримати це в таємниці, %	знають, що не можна інфікуватися туберкульозом, якщо споживати їжу, яку приготував або подавав інфікований туберкульозом, %
<b>Україна</b>	<b>9247</b>	<b>5,6</b>	<b>3,4</b>	<b>3,7</b>	<b>67,1</b>	<b>40,0</b>	<b>30,3</b>
<b>СТАТЬ</b>							
чоловіки	3301	6,1	3,9	4,3	66,5	42,3	31,9
жінки	5946	5,2	3,1	3,2	67,5	38,1	28,9
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>							
18–29 років	1264	6,5	3,6	4,2	64,2	40,1	30,6
30–44 роки	2535	5,9	2,7	3,1	64,7	40,9	29,1
45–59 років	2324	5,8	4,2	4,0	69,4	40,9	30,7
60 років та більше	3124	4,8	3,4	3,6	68,8	38,2	30,9
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>							
міська	5790	5,7	3,3	3,6	66,2	37,7	30,3
сільська	3457	5,4	3,7	3,7	69,2	45,5	30,1
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>							
початкова, загальна середня	2092	3,3	2,2	2,2	71,4	41,2	25,0
професійно-технічна, середня спеціальна	4578	6,1	3,8	4,0	64,3	39,0	31,6
вища, науковий ступінь	2577	6,4	3,7	4,1	68,6	40,9	31,8
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>							
до 1000 грн	907	6,2	3,4	5,0	59,2	40,1	34,9
1001–1500 грн	855	7,2	5,1	5,7	65,0	43,4	31,8
1501–2000 грн	1134	4,6	2,8	3,0	67,1	43,0	27,1
2001–2500 грн	1246	4,9	4,0	3,5	66,7	39,3	28,1
понад 2500 грн	3011	5,5	3,1	3,4	68,5	38,7	30,0

## 6.7. Знання про гепатит С, його симптоми та шляхи передавання

За даними опитування, відсоток жителів України, котрі ніколи не чули про гепатит С, помітно вищий порівняно з інфекціями, які розглядалися вище: серед усіх опитаних про гепатит С коли-небудь чули 83,6%, не чули – 16,4%. Відсоток тих, хто чув про гепатит С, трохи вищий серед жінок (85,3%), ніж серед чоловіків (81,4%), у середніх вікових категоріях (87,4% серед людей віком 30–44 роки, 85,8% – віком 45–59 років), ніж серед молодшого населення (80,0%) чи людей у віці 60 років і старших (79,7%), серед мешканців міст (86,1%), ніж у сільській місцевості (77,4%), а також серед людей з вищою освітою (89,4%), ніж тих, хто вищої освіти не має (75,9% серед людей із початковою або загальною середньою, 83,3% – середньою спеціальною) (табл. 6.10). Частково така ситуація пов'язана з недостатньою обізнаністю про існування різних типів гепатитів, що непрямо підтверджують і подальші результати.

Усі подальші запитання про гепатит С ставилися лише тим, хто будь-коли чув про цю інфекцію. Доволі багато людей не знають, як саме можна інфікуватися гепатитом С. Найбільше (62,7%) знають, що можна інфікуватися гепатитом С під час переливання крові. Відносно менше опитаних знають про те, що можна інфікуватися гепатитом С внаслідок використання нестерильних інструментів під час стоматологічних процедур, проколювання вух, манікюру, нанесення тату тощо (39,8%), через використання деяких предметів гігієни (спільні леза, манікюрні ножиці) з інфікованою людиною (37,3%), внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків (34,1%). Лише близько 16,8% відповіли, що гепатит С може передаватися під час незахищених статевих контактів; стільки ж (16,7%) знають, що гепатит С може передаватися від матері до дитини під час вагітності чи пологів. Найменше (3,3%) вказали, що можна інфікуватися гепатитом С під час вживання наркотиків через вдихання носом.

Частина населення мають хибні уявлення про шляхи інфікування гепатитом С, зокрема 13,6% відповіли, що можна інфікуватися гепатитом С через використання спільного посуду, 12,0% – через слину (поцілунки з інфікованою людиною, коли хворий плює, кашляє), 8,6% – під час потрапляння інфікованого біологічного матеріалу на непошкоджені шкірні покриви, 8,3% – повітряно-крапельним шляхом, 8,0% – внаслідок використання спільних насадок під час куріння кальяну, 6,2% – під час перебування в антисанітарних умовах (наприклад, брудні приміщення або вулиці тощо), 6,1% – під час грудного вигодовування, 5,0% – через поручні у громадському транспорті, 2,5% – під час купання у водоймі або басейні. Відповіді на це запитання дають підстави для висновку, що частина населення не розрізняє чітко окремі типи вірусного гепатиту й навіть види гепатитів.

Близько 16,6% тих, хто будь-коли чув про гепатит С, зізнаються, що взагалі не знають, як можна інфікуватися ним.

Про шляхи передавання гепатиту С трохи гірше обізнані люди молодшого віку (18–29 років) та 60 років і старші, мешканці сільської місцевості, люди з нижчим рівнем освіти (початкова, загальна середня) та нижчим доходом: у цих категоріях трохи вищий відсоток тих, хто відповів, що вони не знають симптомів, і дещо менше тих, хто знає правильні шляхи передавання гепатиту С.

За даними опитування, багато жителів країни не знають симптомів гепатиту С або обізнані про них лише частково. Із симптомів гепатиту С найчастіше опитані обирали жовтяницю (60,8% тих, хто коли-небудь чув про існування цієї хвороби). Значно менший відсоток знають такі симптоми, як потемніння сечі або світлий кал (17,5%), підвищену втомлюваність (17,2%), ломоту і болі в суглобах і м'язах (5,1%). Про те, що хворий може не мати симптомів, знають лише 7,0% опитаних. Близько чверті (24,1%) тих, хто будь-коли чув про гепатит С, свідомі, що не знають симптомів цієї хвороби (табл. 6.11).

Як і в питанні про шляхи передавання гепатиту С, про симптоми цієї хвороби трохи гірше обізнані представники молодшої (18–29 років) та старшої (60 років і більше) вікових категорій, мешканці сільської місцевості, люди з початковою / загальною середньою освітою та нижчим доходом, але і в інших категоріях знання симптомів гепатиту С є лише частковим.



**Таблиця 6.10**
**Обізнаність про гепатит С та шляхи передавання за соціально-демографічними характеристиками, 2020 р.**

	Усі опитані		знання правильних шляхів передавання гепатиту С										помилкові уявлення про шляхи передавання гепатиту С, %							Важко сказати /Не знаю	
	N	хто будь-коли чув про гепатит С, %	N	під час переливання крові, %	унаслідок використання нестерильних інструментів під час стоматологічних процедур, проколів вух, манікюру, %	через використання деяких предметів гігієни (спільні леза, манікюрні ножички) з інфікованою людиною, %	під час вживання ін'єкційних наркотиків, %	під час незахищеного статевого контакту, %	від матері до дитини під час вагітності або пологів, %	під час вживання наркотиків через вдихання носом, %	через використання спільного посуду з інфікованою людиною	через слину – поцілунки з інфікованою людиною, коли хворий пліє, кашляє	під час потрапляння інфікованого біологічного матеріалу на непошкоджені шкірні покриви	повітряно-крапельним шляхом	внаслідок використання спільних насадок під час куріння кальяну	під час перебування в антисанітарних умовах (наприклад, брудні приміщення чи вулиці тощо)	під час грудного вигодовування (якщо породілля є інфікованою)	через поручні у громадському транспорті	під час купання у водоймі чи басейні		
<b>Україна</b>	<b>9455</b>	<b>83,6</b>	<b>7730</b>	<b>62,7</b>	<b>39,8</b>	<b>37,3</b>	<b>34,1</b>	<b>16,8</b>	<b>16,7</b>	<b>3,3</b>	<b>13,6</b>	<b>12,0</b>	<b>8,6</b>	<b>8,3</b>	<b>8,0</b>	<b>6,2</b>	<b>6,1</b>	<b>5,0</b>	<b>2,5</b>	<b>16,6</b>	
<b>СТАТЬ</b>																					
чоловіки	3327	81,4	2631	62,7	37,9	35,8	33,8	18,8	16,5	3,9	13,8	11,8	9,2	8,0	8,6	6,2	5,9	5,2	2,9	16,6	
жінки	6128	85,3	5099	62,8	41,3	38,5	34,3	15,3	16,9	2,9	13,5	12,2	8,1	8,5	7,5	6,3	6,2	4,9	2,2	16,6	
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>																					
18–29 років	1311	80,0	1034	59,8	39,5	36,3	37,1	18,9	18,1	3,8	10,9	9,1	8,3	5,6	6,6	6,8	5,7	5,5	2,7	19,0	
30–44 роки	2581	87,4	2233	64,4	41,5	41,6	38,0	19,4	18,6	3,3	13,9	11,9	8,7	7,4	9,0	6,0	7,2	5,4	2,3	13,4	
45–59 років	2363	85,8	2004	65,4	42,7	39,5	36,2	18,7	17,3	3,6	14,0	13,0	8,7	10,1	8,1	6,3	6,3	4,4	2,7	14,5	
60 років і більше	3200	79,7	2459	60,0	35,5	31,2	26,2	11,2	13,4	2,8	14,5	12,9	8,4	9,1	7,5	6,1	4,8	4,9	2,4	20,8	
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>																					
міська	5978	86,1	5071	65,1	41,6	39,3	35,7	17,8	17,9	3,4	14,5	12,4	9,0	8,5	8,5	6,0	6,4	5,2	2,7	14,4	
сільська	3477	77,4	2659	56,3	35,2	32,0	29,7	14,1	13,5	3,2	11,2	11,1	7,4	7,9	6,7	6,9	5,4	4,5	2,1	22,6	
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>																					
початкова, загальна середня	2138	75,9	1561	58,2	35,4	30,7	27,8	12,0	12,3	2,4	10,1	9,0	6,8	6,6	4,7	6,2	4,3	4,6	2,5	24,7	
професійно-технічна, середня спеціальна	4661	83,3	3804	62,2	40,4	38,0	33,2	17,1	17,1	3,0	14,4	14,0	8,3	9,5	8,8	6,4	5,8	4,8	2,1	16,3	
вища, науковий ступінь	2656	89,4	2365	66,1	41,4	40,2	39,3	19,2	18,7	4,4	14,6	10,8	10,1	7,5	8,6	5,9	7,6	5,5	3,1	12,4	
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>																					
до 1000 грн	946	77,5	717	52,7	32,9	33,3	26,7	13,5	12,0	4,0	13,6	8,5	8,5	6,3	5,9	4,8	4,4	3,0	3,3	23,1	
1001–1500 грн	843	83,3	701	57,5	38,0	35,2	31,6	19,2	16,0	2,9	11,8	9,5	10,1	6,5	6,4	5,6	6,4	4,8	3,0	20,0	
1501–2000 грн	1153	78,2	882	59,9	40,6	34,0	32,1	18,0	16,8	2,3	17,3	13,3	6,9	8,9	6,6	5,4	6,2	5,2	2,0	18,0	
2001–2500 грн	1262	81,1	999	60,5	40,3	36,8	30,9	13,8	15,1	3,8	15,3	17,3	10,0	12,0	10,0	8,4	6,2	7,4	2,3	16,5	
понад 2500 грн	3066	86,1	2575	67,8	45,1	42,3	38,3	17,3	19,4	3,4	13,5	12,5	8,6	9,4	9,5	6,3	7,1	4,7	2,1	12,9	

**Таблиця 6.11**

Обізнаність про симптоми гепатиту С за соціально-демографічними характеристиками, 2020 р.

	Ті, хто будь-коли чув про гепатит С															
	знання правильних симптомів гепатиту С								помилкові уявлення про симптоми гепатиту С, %							
	N	жогтяниця (пожогтіння шкіри та слизових оболонок), %	погемніня сечі або свглий кал, %	підвищена втомиваність і слабкість, %	хворий може не мати симптомів, %	ломота й болі в суглобах і м'язах, %	нудота	немотивоване підвищення температури тіла або лихоманка	втрата апетиту	збільшення лімфатичних вузлів	немотивована втрата ваги	підвищена пітливість	кашель або покашлювання, що триває більше двох тижнів	біль у грудях	кашель з кров'ю (кровохаркання)	Важко сказати / Не знаю
<b>Україна</b>	<b>7733</b>	<b>60,8</b>	<b>17,5</b>	<b>17,2</b>	<b>7,0</b>	<b>5,1</b>	<b>13,1</b>	<b>12,1</b>	<b>11,3</b>	<b>7,5</b>	<b>7,5</b>	<b>6,2</b>	<b>2,3</b>	<b>1,8</b>	<b>1,5</b>	<b>24,1</b>
<b>СТАТЬ</b>																
чоловіки	2631	58,3	15,8	15,7	8,2	5,0	11,8	12,9	10,8	7,6	6,8	6,1	2,7	1,9	1,7	24,7
жінки	5102	62,7	18,9	18,3	6,1	5,1	14,0	11,6	11,7	7,5	8,1	6,3	2,1	1,8	1,3	23,6
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>																
18–29 років	1034	56,8	14,9	15,8	8,5	6,4	12,2	9,8	10,7	7,2	7,4	6,3	1,4	1,2	1,2	27,7
30–44 роки	2235	59,9	19,2	16,0	8,0	5,5	14,0	13,1	11,3	8,6	8,2	5,5	2,3	1,8	1,5	23,8
45–59 років	2004	63,5	19,4	21,5	7,8	5,4	14,5	14,6	13,7	8,4	8,3	8,5	2,7	1,9	1,7	21,1
60 років і більше	2460	61,4	15,4	15,3	4,3	3,5	11,3	10,0	9,5	5,8	6,1	4,8	2,6	2,1	1,4	25,3
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>																
міська	5074	62,1	19,3	17,5	7,0	5,5	13,6	12,7	11,8	7,9	8,2	6,5	2,6	1,9	1,5	22,6
сільська	2659	57,2	12,7	16,4	7,0	3,9	11,8	10,6	10,1	6,5	5,8	5,6	1,6	1,7	1,4	28,2
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>																
початкова, загальна середня	1561	56,0	12,0	14,8	5,4	3,0	8,7	12,5	8,5	4,8	5,7	5,4	1,7	1,1	0,8	31,5
професійно-технічна, середня спеціальна	3805	61,3	17,8	16,7	7,1	4,7	13,3	11,7	10,4	7,1	6,8	5,8	2,5	1,8	1,4	23,4
вища, науковий ступінь	2367	62,8	20,3	19,4	7,7	6,8	15,4	12,7	14,5	9,9	9,8	7,3	2,5	2,3	2,0	20,8
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>																
до 1000 грн	719	56,2	10,0	12,1	3,4	5,5	10,8	8,4	11,5	8,1	4,6	5,8	3,5	2,1	2,3	30,2
1001–1500 грн	702	55,6	15,5	14,1	7,8	5,1	10,2	9,9	9,8	9,0	9,0	5,5	1,7	0,8	1,4	28,8
1501–2000 грн	882	56,7	15,6	13,7	6,9	3,4	11,4	11,0	6,9	5,5	7,4	4,2	2,5	0,7	0,5	28,1
2001–2500 грн	999	60,5	18,5	16,2	6,0	3,4	14,2	13,2	11,3	5,3	5,1	5,1	1,6	2,5	1,4	24,0
понад 2500 грн	2574	66,2	20,5	21,9	6,7	6,2	15,3	14,7	13,6	7,3	8,6	8,5	2,4	2,1	1,7	19,0

## 6.8. Діагностика гепатиту С

Майже половина тих, хто будь-коли чув про гепатит С, оцінює власний ризик інфікування ним як імовірний чи цілком реальний: 46,9% опитаних оцінили власний ризик інфікуватися гепатитом С як «абсолютно реальний», «відносно реальний» або «п'ятдесят на п'ятдесят», 39,7% вважають можливість інфікуватися гепатитом С малоімовірною і 13,3% відповіли, що, на їхню думку, їм це абсолютно не загрожує (рис. 6.13).

Трохи вище власний ризик інфікуватися гепатитом С оцінюють люди молодшого і середнього віку (допускають, що ризик інфікування гепатитом С імовірний чи цілком реальний, 48,0% опитаних віком 18–29 років, 49,0% віком 30–44 роки і 52,0% віком 45–59 років), аніж люди віком 60 років і старші (39,2%). Окрім цього, децю вище власний ризик інфікування гепатитом С оцінюють люди з вищою освітою (51,7%), аніж ті, хто вищої освіти не має (44,7%), і люди з категорій з низьким (49,1% у категорії з доходом домогосподарства до 1500 грн на особу) або високим доходом (49,1% у категорії із доходом домогосподарства понад 2500 грн на особу), ніж у середній категорії за рівнем доходів (42,4% у категорії з доходом домогосподарства 1501–2500 грн на особу). За статтю і типом місцевості суттєвої відмінності у сприйнятті власних ризиків інфікування гепатитом С немає.

Як Ви оцінюєте свій власний ризик інфікуватися гепатитом С?, %



Рис. 6.13. Оцінка населенням власного ризику інфікуватися гепатитом С

Про те, де можна зробити швидкий або лабораторний аналіз крові на гепатит С, знають трохи менше половини (46,8%) тих, хто чув про цю хворобу. Децю гірше обізнаними в цьому питанні є люди старші 60 років (37,5% знають, де можна зробити швидкий або лабораторний аналіз крові на гепатит С), люди з нижчим рівнем освіти (39,4% серед тих, хто має початкову чи загальну середню освіту, 44,9% – середню спеціальну) та мешканці сільської місцевості (42,6%) (табл. 6.12).

**Таблиця 6.12**

Проходження діагностики на гепатит С за соціально-демографічними характеристиками, 2020 р.

	Ті, хто будь-коли чув про гепатит С				Ті, хто будь-коли робили тест на гепатит С	
	N	знають, де можна зробити швидкий або лабораторний аналіз крові на гепатит С, %	будь-коли робили тест на гепатит С, %	робили тест на гепатит С протягом останніх двох років, %	N	знають результат, %
<b>Україна</b>	<b>7743</b>	<b>46,8</b>	<b>19,7</b>	<b>11,7</b>	<b>1502</b>	<b>98,0</b>
<b>СТАТЬ</b>						
чоловіки	2638	46,1	18,1	11,7	475	97,2
жінки	5105	47,4	21,0	11,6	1027	98,5
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>						
18–29 років	1035	49,2	21,5	15,6	232	97,5
30–44 роки	2239	51,9	23,0	14,1	511	97,5
45–59 років	2005	49,4	20,2	11,4	420	98,5
60 років і більше	2464	37,5	14,7	7,0	339	98,6
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>						
міська	5083	48,4	20,4	12,3	1033	98,3
сільська	2660	42,6	18,1	9,9	469	97,0
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>						
початкова, загальна середня	1562	39,4	11,7	7,1	169	99,2
професійно-технічна, середня спеціальна	3810	44,9	18,1	10,0	707	97,6
вища, науковий ступінь	2371	54,2	27,2	17,0	626	98,1
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>						
до 1000 грн	719	39,9	11,6	7,0	90	94,9
1001–1500 грн	702	46,7	20,5	12,4	148	98,8
1501–2000 грн	883	43,8	19,3	10,7	165	98,2
2001–2500 грн	999	45,3	17,8	9,8	162	99,6
понад 2500 грн	2576	47,8	19,0	11,1	501	97,9

Серед усього дорослого населення будь-коли робили тест на гепатит С 19,7%, у тому числі протягом останніх двох років – 11,7% (рис. 6.14).

Відсоток тих, хто будь-коли робив тест на гепатит С, трохи вищий серед жінок (21,0%), ніж серед чоловіків (18,1%), людей молодшого і середнього віку (21,5% у віковій категорії 18–29 років, 23,0% – 30–44 роки, 20,2% – 45–59 років), ніж старших 60 років (14,7%), мешканців міст (20,4%), ніж сільської місцевості (18,1%), а також людей із вищою освітою (27,2%), ніж тих, хто вищої освіти не має (11,7% серед людей, які мають початкову або загальну середню освіту, 18,1% – середню спеціальну), та людей із середнім чи високим доходом (понад 1000 грн на одного члена домогосподарства, 19,0%), ніж серед людей із найнижчим доходом (до 1000 грн на одного члена домогосподарства, 11,6%).

Серед тих, хто будь-коли робив тест на гепатит С, свій результат знають 98,0%, без суттєвих відмінностей за соціально-демографічними ознаками.

#### Як Ви оцінюєте свій власний ризик інфікуватися гепатитом С?, %

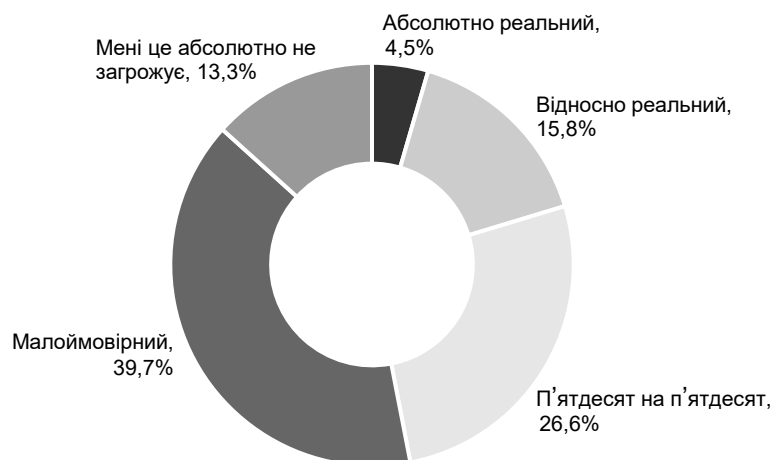


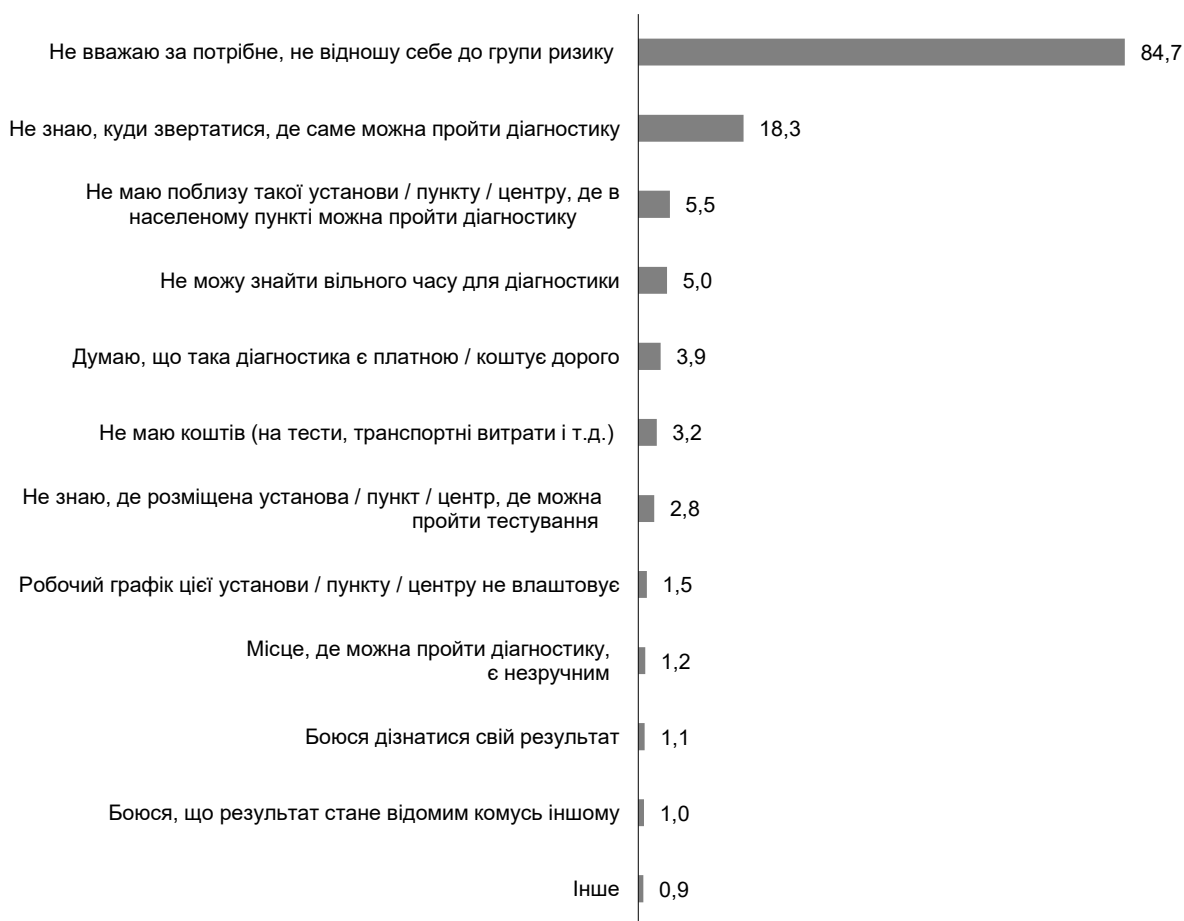
Рис. 6.14. Проходження діагностики на гепатит С

Більшість тих, хто робив тест на гепатит С впродовж останніх двох років, проходили цю діагностику в комунальній/відомчій поліклініці (54,2%), близько п'ятої частини (20,7%) – в лікарні загального профілю. Трохи менше десятої частини (8,8%) проходили діагностику на гепатит С у приватній лабораторії, 6,0% – в акушерсько-гінекологічній службі.

Близько половини (47,4%) тих, хто проходив діагностику на гепатит С протягом останніх двох років, повністю або частково оплачували цю діагностику, а 52,6% отримали її безкоштовно.

Абсолютна більшість тих, хто не проходив діагностику на гепатит С взагалі чи впродовж останніх двох років, як причину, чому вони цього не робили, вказали, що вони не бачать у цьому потреби та не відносять себе до групи ризику (84,7%), і майже п'ята частина – не знають, куди звернутися (18,3%). Інші причини відмови від проходження діагностики опитані називали значно рідше. Зокрема 5,5% не мають поблизу такої установи / пункту / центру, де в населеному пункті можна пройти діагностику, 5,0% не можуть знайти вільного часу для діагностики, 3,9% вважають, що така діагностика є платною або коштує дорого, 3,2% не мають коштів на тести, транспортні витрати, 2,8% не знають, де розміщена установа, де можна пройти тестування, 1,5% не проходили діагностику на гепатит С через незручний графік роботи установи, де можна пройти тестування, 1,2% – через незручне розміщення установи, де можна пройти тестування, 1,1% бояться дізнатися свій результат, 1,0% – бояться, що результат стане відомим комусь іншому, і 0,9% назвали інші причини (рис. 6.15). Серед інших причин, які називали опитані, – переважно відсутність симптомів, а також відсутність призначення лікаря. Водночас частина людей вказували, що вони не вважають за необхідне проходити діагностику на гепатит С, оскільки вже хворіли на гепатит (хвороба Боткіна чи гепатит А) або мають щеплення, що знову засвідчує недостатню поінформованість про відмінність між типами гепатитів.

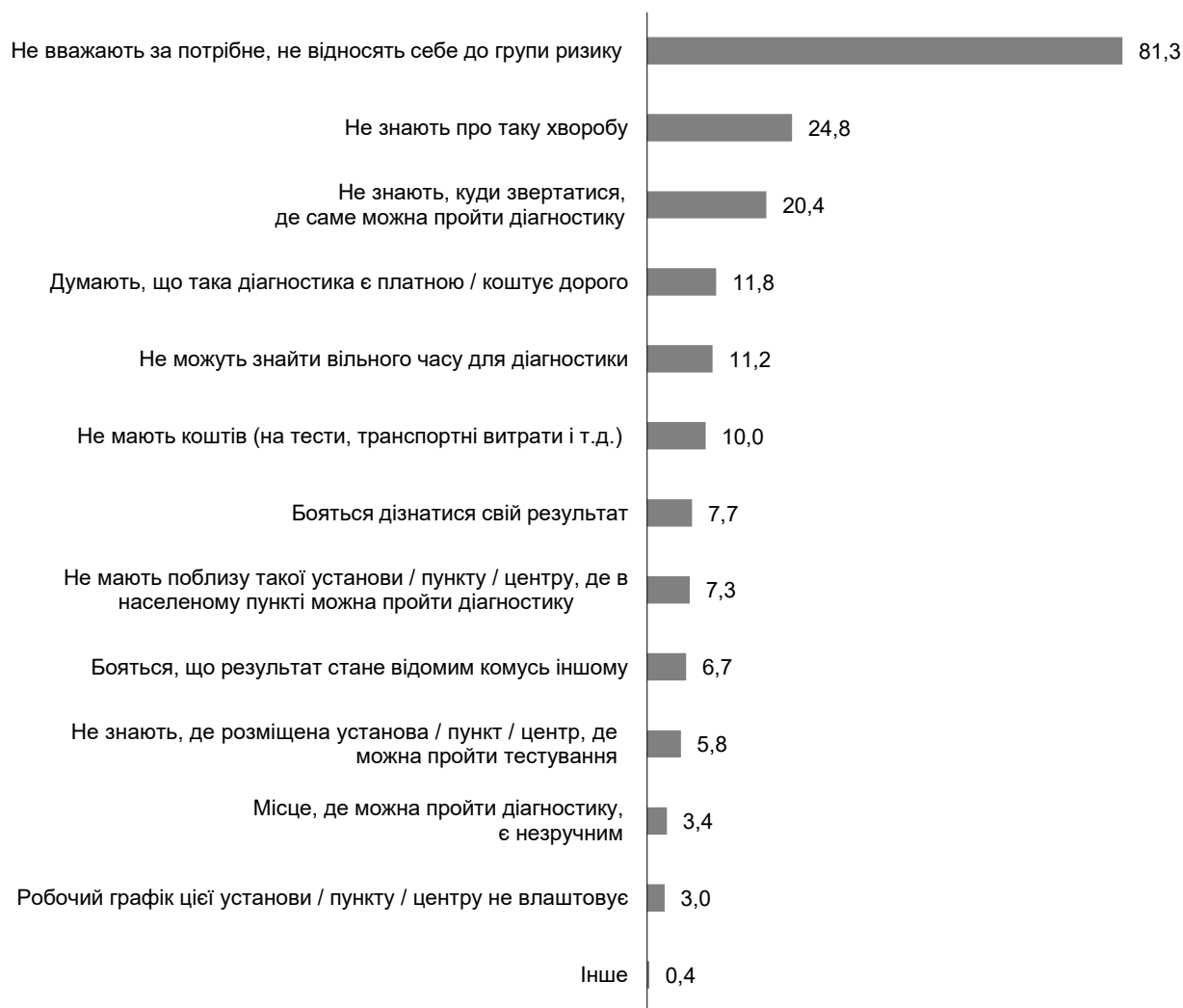
**Чому Ви не проходили діагностику на гепатит С  
(впродовж останніх двох років)?, %**



**Рис. 6.15.** Причини, чому опитані не проходили діагностику на гепатит С

Відповідаючи на запитання, чому інші люди можуть не проходити діагностику на гепатит С, більшість, як і в запитанні про власну поведінку, вказали, що причиною є те, що люди не вважають це за потрібне, оскільки не відносять себе до групи ризику (81,3%). Також доволі багато людей вважають, що причинами того, що інші не проходять діагностику на гепатит С, є те, що люди не знають про таку хворобу (24,8%) або не знають, куди звернутися (20,4%) (рис. 6.16).

### Чому люди можуть не проходити діагностику на гепатит С?, %



**Рис. 6.16.** Причини, чому, на думку опитаних, інші люди можуть не проходити діагностику на гепатит С

## 6.9. Сприйняття та уявлення про гепатит С

Жителі України погано обізнані про те, що гепатит С виліковний. За даними опитування, про те, що гепатит С можна вилікувати повністю, знають лише 19,3% населення. Більшість (44,8%) вважають, що гепатит С неможливо вилікувати повністю, але можна підтримувати задовільний стан здоров'я, і 7,1% вважають, що ця хвороба є невиліковною й неможливо навіть поліпшити якість життя інфікованого. Понад чверть (28,8%) відповіли, що вони взагалі не знають, чи можна вилікувати гепатит С повністю (**рис. 6.17**).

Рівень обізнаності про те, що гепатит С виліковний, не залежить від статі, віку, освіти, доходів чи місця проживання, й однаково низький в усіх соціально-демографічних категоріях.

### Як Ви вважаєте, чи можна вилікувати гепатит С повністю?, %



**Рис. 6.17.** Уявлення населення про те, чи можна вилікувати гепатит С повністю

Також населення погано обізнане про те, як саме сплачується лікування гепатиту С в Україні: «важко сказати» на це запитання відповіли 43,5%. З-поміж решти більшість схильні вважати, що лікування гепатиту С не є безкоштовним: 46,0% усіх опитаних вважають, що всі чи більшість витрат пацієнт сплачує сам, ще близько 8,2% – що пацієнт сплачує деякі витрати, і лише 2,4% відповіли, що всі препарати для лікування гепатиту С надаються державою безкоштовно (**рис. 6.18**).

Обізнаність про те, як сплачується лікування гепатиту С в Україні, невисока серед усіх категорій населення: в усіх соціально-демографічних категоріях, які були включені до аналізу, переважна більшість відповіли, що вони не знають, у який спосіб сплачується лікування гепатиту С, а серед тих, хто відповів, більшість дотримується думки, що лікування гепатиту С повністю або частково оплачують самі пацієнти.

### Як Ви вважаєте, у який спосіб сплачується лікування гепатиту С в Україні?, %



**Рис. 6.18.** Уявлення населення про те, як сплачується лікування гепатиту С в Україні.

Значна частина населення демонструє упереджене ставлення до людей, хворих на гепатит С. Так, лише чверть (24,1%) опитаних відповіли, що вони купили б свіжі овочі у продавця, якби знали, що в цієї людини гепатит С, 75,9% – ні. Лише 16,5% погоджуються, що, якщо шкільна вчителька є носієм гепатиту С, варто їй дозволити продовжувати викладання в школі, 83,5% – ні. Приблизно стільки ж (15,7%) дозволили б, щоб їхня дитина відвідувала дитячий садок, школу чи гуртки разом з дітьми, інфікованими гепатитом С, 84,3% – ні. Хоча близько двох третин (62,2%) відповіли, що не можна інфікуватися гепатитом С, якщо споживати їжу, яку приготувала чи подавала людина, хвора на гепатит С, третина (37,8%) вважають, що можна.



У разі хвороби близької людини більшість опитаних були б готові надати підтримку такому членові своєї сім'ї: близько 79,3% вказали, що, якби вони дізналися, що член їхньої родини захворів на гепатит С, вони були б готові доглядати за ним вдома, 20,7% – ні. Водночас більшість опитаних (61,3%) намагалися б тримати в таємниці, якби член їхньої родини інфікувався гепатитом С, 38,7% – ні. За даними опитування, люди молодшого віку й люди з вищою освітою трохи частіше відповідали, що вони не бачать загрози в соціальній взаємодії із людьми, хворими на гепатит С, але, попри це, більшість в усіх категоріях сприймають хворих на гепатит С із острахом (табл. 6.13).

**Таблиця 6.13**

Сприйняття та ставлення до людей, хворих на гепатит С, 2020 р.

Ствердні відповіді серед тих, хто будь-коли чув про гепатит С							
	N	купили б свіжі овочі у власника магазину чи продавця, якби знали, що в цієї людини гепатит С, %	дозволили б, щоб їхня дитина відвідувала дитячий садок, школу чи гуртки разом з дітьми, інфікованими гепатитом С, %	вважають, що якщо шкільна вчителька є носієм гепатиту С, їй варто дозволити продовжувати викладання в школі, %	якби дізналися, що член їхньої родини захворів на гепатит С, були б готові доглядати за ним / нею у себе вдома, %	якби член їхньої родини інфікувався гепатитом С, не намагалися б тримати це в таємниці, %	знають, що не можна інфікуватися гепатитом С, якщо споживати їжу, яку приготував або подавав інфікований гепатитом С, %
<b>Україна</b>	<b>6500</b>	<b>24,1</b>	<b>15,7</b>	<b>16,5</b>	<b>79,3</b>	<b>38,7</b>	<b>62,2</b>
<b>СТАТЬ</b>							
чоловіки	2214	25,6	17,3	18,3	79,1	42,4	63,0
жінки	4286	22,9	14,4	15,2	79,4	36,0	61,5
<b>ВІКОВА ГРУПА</b>							
18–29 років	846	29,0	18,1	19,2	77,3	40,7	59,4
30–44 роки	1892	27,4	17,9	20,1	79,8	38,9	64,6
45–59 років	1696	23,5	15,9	15,4	80,7	39,3	62,0
60 років і більше	2066	18,4	11,8	12,3	78,4	36,9	61,1
<b>ТИП МІСЦЕВОСТІ</b>							
міська	4218	24,8	15,9	17,0	80,7	36,3	62,9
сільська	2282	22,3	15,0	15,4	75,7	45,2	60,0
<b>РІВЕНЬ ОСВІТИ</b>							
початкова, загальна середня	1285	19,3	12,3	12,5	78,5	39,2	56,0
професійно-технічна, середня спеціальна	3227	22,9	15,1	16,0	77,5	38,0	64,1
вища, науковий ступінь	1988	28,8	18,6	19,9	82,3	39,6	62,4
<b>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</b>							
до 1000 грн	613	22,4	13,9	14,8	71,6	43,8	52,2
1001–1500 грн	589	20,7	13,3	11,5	75,6	44,9	57,8
1501–2000 грн	750	21,5	15,7	16,5	81,2	40,8	61,2
2001–2500 грн	865	20,4	12,8	12,1	76,0	35,4	58,8
понад 2500 грн	2175	28,2	18,8	20,2	82,3	37,5	67,2

Отже, зауважимо, що значна частина населення демонструє упереджене ставлення до людей, хворих на гепатит С, що може бути пов'язаним із недостатньою обізнаністю про цю хворобу, шляхи її передавання та те, як саме можна себе захистити.

Проведене опитування щодо ВІЛ/СНІД, туберкульозу й гепатиту С дає змогу оцінити поточний рівень обізнаності дорослого населення про ці хвороби й виявити можливі

проблеми чи прогалини у сприйнятті, уявленнях чи установках, що важливо для підвищення ефективності протидії цим хворобам в Україні.

Щодо ВІЛ, отримані результати загалом узгоджуються із попередніми дослідженнями<sup>39</sup>. Поточне опитування підтверджує високу обізнаність дорослого населення про існування хвороби, шляхи передавання (особливо – статевий) та те, у який спосіб можна захиститися від інфікування статевим шляхом. Водночас обізнаність про ВІЛ залишається неповною, і частина людей продовжують вірити в хибні стереотипи щодо передавання ВІЛ, зокрема, що можна інфікуватися ВІЛ через укуси комара або через їжу, яку приготував чи подавав інфікований ВІЛ. Також актуальною проблемою залишається стигматизація та дискримінація людей, які живуть із ВІЛ: за даними поточного опитування, ставлення жителів країни до людей, які живуть із ВІЛ, залишається переважно негативним, і в більшості жителі країни сприймають людей з ВІЛ із страхом та схильні уникати соціальних контактів з ними. Упереджене сприйняття суспільством людей з ВІЛ не лише негативно впливає на якість життя цих людей, а й призводить до зниження мотивації до проходження діагностики, заперечення чи приховування хвороби, відмови від медичного нагляду й отримання лікування тощо. Тобто подолання стигми щодо людей, які живуть із ВІЛ, залишається важливим аспектом протидії ВІЛ в Україні.

Окрім цього, опитування засвідчило, що охоплення тестуванням на ВІЛ серед населення залишається неоднорідним, і відсоток тих, хто будь-коли робив тест на ВІЛ, нижчий серед чоловіків, людей старших 45 років, мешканців сільської місцевості, людей з нижчим рівнем освіти й рівнем доходів. Основною причиною, чому люди не звертаються по таку діагностику, є те, що вони не відчують у цьому потреби і не зараховують себе до групи ризику. Це вказує на потребу підвищення мотивації, усвідомлення важливості добровільного тестування на ВІЛ серед населення та розширення доступності таких послуг, зокрема – у сільській місцевості.

У питаннях, що стосуються туберкульозу, опитування підтверджує високу обізнаність населення про існування цієї хвороби. Водночас опитування свідчить, що значна частина жителів мають неточні уявлення про можливості інфікування, зокрема – недостатньо обізнані про те, що туберкульозом не можна заразитися в процесі звичайної побутової взаємодії, через спільні речі, предмети побуту, посуд, предмети гігієни, їжу тощо, унаслідок чого жителі країни схильні перебільшувати ризики зараження та небезпечність хворих на туберкульоз для оточення.

Також опитування свідчить, що доволі багато людей в Україні не знають про те, що туберкульоз виліковний, і в більшості схильні вважати, що лікування туберкульозу повністю або частково оплачують самі пацієнти. Це може негативно впливати на мотивацію до своєчасного звернення до лікаря та дотримання лікування в разі виявлення хвороби, відповідно, важливо підвищувати обізнаність населення про виліковність туберкульозу й державні програми, які роблять таке лікування безкоштовним.

Проведене опитування виявило, що рівень обізнаності про гепатит С серед дорослого населення є доволі низьким: значна частина населення ніколи не чули про існування цієї хвороби, а серед тих, хто чув про гепатит С, доволі багато людей не знають шляхів передавання та симптомів цієї хвороби, найважливіше – про те, що гепатит С може перебігати безсимптомно. Також населення погано обізнане про виліковність гепатиту С і те, як саме сплачується лікування цієї хвороби в Україні. Хоча жителі країни сприймають власний ризик інфікуватися гепатитом С як доволі високий, більшість ніколи не проходили діагностики на гепатит С, що насамперед пов'язане з відсутністю усвідомлення потреби в цьому, а також недостатньою обізнаністю про хворобу й те, де саме можна пройти таку діагностику. Це свідчить про необхідність інформаційних кампаній, спрямованих на підвищення обізнаності населення про гепатит С, а також про важливість вчасної діагностики для лікування цієї хвороби. Важливо також поширювати інформацію про відмінності між різними видами й типами гепатитів з точки зору шляхів передавання, профілактики, перспектив лікування та наслідків для громадського здоров'я.

39 Див., напр., звіт за результатами дослідження «Обізнаність населення про епідемію ВІЛ в Україні, 2017», [https://www.phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/2017\\_GIZ\\_report\\_ukr\\_fin.pdf](https://www.phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/2017_GIZ_report_ukr_fin.pdf)



