



ІНДЕКС ЗДОРОВ'Я. УКРАЇНА–2017

РЕЗУЛЬТАТИ
ЗАГАЛЬНОНАЦІОНАЛЬНОГО
ДОСЛІДЖЕННЯ

КИЇВ – 2018

УЧАСНИКИ ПРОЕКТУ



Міжнародний фонд
«Відродження»



Київський Міжнародний
Інститут Соціології



Школа охорони здоров'я
НаУКМА



Світовий банк

НАУКОВА РАДА ПРОЕКТУ

Професор Вім Гроот, Маастрихтський університет, Нідерланди

Доктор Мілена Павлова, Маастрихтський університет, Нідерланди

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

Ірина Постолюська, Світовий банк у Вашингтоні

Олег Петренко, Заступник генерального директора з питань стратегічного розвитку клініки ISIDA

Висловлюємо подяку за надані фото організаторам Зимової/Літньої Школи Охорони Здоров'я та експертам, що долучилися до коментарів.

УДК 614.2(477)(083.94)(062.551)

ББК 51.1(4Укр)

I - 60

Цей звіт ґрунтується на результатах дослідження «Індекс здоров'я. Україна», який організовано та проведено Міжнародним фондом «Відродження», дані зібрано Київським міжнародним інститутом соціології у травні–червні 2017 року. Звіт підготований дослідниками та викладачами Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія». У звіті представлені результати загальнонаціонального репрезентативного соціологічного опитування про стан здоров'я людей, здорову поведінку та звернення по медичну допомогу в Україні. Звіт розрахований на широке коло читачів.

Укладачі:

Степурко Т.Г.

Семигіна Т.В.

ЗМІСТ

ВСТУПНЕ СЛОВО	5
ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ	7
РОЗДІЛ 1. ОЦІНЮВАННЯ ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ / Юлія Барська	12
1.1. Знання про здорову поведінку та симптоми основних хвороб	13
1.2. Щеплення	21
1.3. Самооцінювання здоров'я	26
1.4. Індекс маси тіла (ІМТ)	32
1.5. (Не)здоровий спосіб життя	35
1.6. Навколишнє середовище	45
РОЗДІЛ 2. РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ДОСВІД У РАЗІ ХВОРОБИ / Олександра Бетлій	48
2.1. Медичний огляд — раннє виявлення хвороб	50
2.2. Поведінка в разі хвороби	53
2.3. Бар'єри у користуванні медичною допомогою	59
РОЗДІЛ 3. СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ / Тетяна Юрочко, Олена Дорошенко	64
3.1. Серцево-судинні захворювання: поширеність та знання симптомів	66
3.2. Бар'єри в доступі до медичної допомоги	74
РОЗДІЛ 4. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА / Юлія Барська, Тетяна Юрочко ...	78
4.1. Звернення по амбулаторну допомогу	79
4.2. Вибір надавача медичної допомоги	81
4.3. Витрати «з кишені» на амбулаторну допомогу	87
4.4. Проходження лабораторних та діагностичних обстежень	90
4.5. Фінансовий тягар	92
4.6. Оцінювання аспектів отриманої амбулаторної допомоги	94

РОЗДІЛ 5. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА / Марина Шевченко	98
5.1. Звернення по стаціонарну допомогу	100
5.2. Вибір надавача стаціонарної допомоги	106
5.3. Витрати «з кишені» на стаціонарне лікування	109
5.4. Фінансовий тягар	114
5.5. Проходження лабораторних та діагностичних досліджень у зв'язку з госпіталізацією	116
5.6. Оцінювання аспектів отримання стаціонарної допомоги	117
РОЗДІЛ 6. ДОСТУПНІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ / Марина Шевченко	122
6.1. Споживання ліків без призначення лікаря	124
6.2. Споживання ліків під час амбулаторного лікування	125
6.3. Споживання ліків під час стаціонарного лікування	130
6.4. Сумарні витрати на лікарські засоби	132
РОЗДІЛ 7. ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА СПРИЙНЯТТЯ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я / Тетяна Степурко, Олександра Бетлій	134
7.1. Задоволеність медичною допомогою	137
7.2. Ставлення до реформи системи охорони здоров'я	141
ДОДАТКИ	
Додаток А. Інструмент дослідження	151
Додаток Б. Демографічні та соціальні характеристики областей	179
СКОРОЧЕННЯ ТА АБРЕВІАТУРИ	206
СПИСОК ТАБЛИЦЬ	207
СПИСОК ІЛЮСТРАЦІЙ	209

ВСТУПНЕ СЛОВО



Вікторія ТИМОШЕВСЬКА, директорка Програмної ініціативи «Громадське здоров'я» Міжнародний фонд «Відродження»

2017 рік в Україні був визначним, адже вперше за весь час незалежності країни прийнято ключові закони щодо медичної реформи. Це означає, що нарешті покладено початок не косметичним, а фундаментальним змінам у галузі охорони здоров'я України. Серед них — запровадження принципу вільного вибору пацієнтом лікаря і лікувального закладу, перехід на фінансування наданої медичної послуги і скасування державного утримання ліжкомісць (основи старої радянської моделі Семашко).

У 2017 році українці вже відчули зміни: з 1 січня стартував перший етап медичної реформи, який полягає у зміні фінансування первинної ланки медичної допомоги. Були також запроваджені: референтне ціноутворення, реімбурсація лікарських препаратів та програма «Доступні ліки», електронний реєстр пацієнтів, лікарів та медичних закладів eHealth (у пілотному режимі). Перетворення, які відбувалися в галузі протягом цього року, були поетапними і продовжуватимуться й надалі.

Щоб втілювати реформу послідовно ефективно, потрібно системно моніторити доступність і якість надання медичної допомоги на місцях, особливу увагу приділяючи думці її споживачів. Саме для такого системного оцінювання міжнародний фонд «Відродження» разом із партнерами вже другий рік поспіль проводить дослідження «Індекс здоров'я. Україна». Минулого року Індекс зафіксував початковий фактичний стан задоволеності громадян, їхній досвід отримання медичної допомоги (амбулаторної та стаціонарної), поведінку людей у разі виникнення проблем зі здоров'ям, доступність лікарських засобів та способів життя. У цьому ж році ми можемо відстежити, як зміни в системі охорони здоров'я, що відбуваються в рамках реформи (в країні в цілому та на рівні громад), відбиваються на кінцевому отримувачі медичної допомоги.

«Індекс здоров'я. Україна» є інструментом, завдяки якому управлінці галузі охорони здоров'я й усі, хто долучається до формування політики на національному та місцевому рівнях, можуть оцінити вплив реформи на пацієнтів і громаду. У процесі медичної реформи «Індекс здоров'я. Україна» надасть дуже важливі дані, які допоможуть краще зрозуміти ситуацію на місцях, зіставити її з іншими областями та загальнонаціональними показниками, а також вчасно реагувати на виклики.

Нова модель фінансування для закладів спеціалізованої й високоспеціалізованої медичної допомоги запрацює лише з 2020 року. Проте вже у 2018–2019 роках певні послуги фінансуватимуться в рамках пілотних проектів. Також протягом 2018–2019 років Кабінет Міністрів України тимчасово використовуватиме механізм субвенції, що дасть можливість Уряду бути більш гнучким у процесі втілення медичної реформи. У цих умовах дані, зібрані в рамках дослідження «Індекс Здоров'я. Україна», будуть надзвичайно цінними. Тож у наступні роки дослідження обов'язково матиме продовження.

ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ

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

У 2017 році, так само як і у 2016, збір даних здійснював Київський міжнародний інститут соціології (КМІС). Опитування проведене у травні–червні 2017 року (загальна кількість респондентів — понад 10 000 осіб).

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

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

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

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

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

По-третє, дослідження є лонгітюдним (повторюваним, заплановано кілька хвиль збору даних) із використанням ідентичної методології та інструментарію, що допоможе відстежувати зміни ставлення та досвіду в часі. Іншими словами, ми маємо можливість спостерігати динаміку поведінки щодо здоров'я та процесів, які досліджуються.

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

Методологія дослідження

Друга хвиля дослідження, а саме польовий етап, відбулася з 18 травня по 27 червня 2017 року.

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 населення. Другий етап передбачав випадковий відбір виборчих діляниць на території обраних населених пунктів. На території кожної з відібраних діляниць навмання відбирались вулиці, будинки та квартири. Останнім етапом був відбір респондента в межах домогосподарства і безпосереднє проведення опитування. Отримані дані зіставлялись із оціночними даними Державної служби статистики щодо питомої ваги окремих статево-вікових груп у структурі населення України (станом на 1 січня 2017 року).

Загалом було опитано 10 205 респондентів. До остаточного масиву увійшли 10 184 інтерв'ю. Теоретична похибка вибірки для масиву в цілому становить 1,0%.

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

Важливо наголосити, що одиницею вибірки є представник домогосподарства, а не пацієнт, адже опитування саме в домогосподарствах дає можливість виявити ключові бар'єри відмови від звернення по медичну допомогу чи пошук альтернативних способів одужання.

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

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

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

Опитувальник дослідження узгоджувався міжнародною Науковою радою, створеною для проекту. Роботи з доопрацювання опитувальника тривали із серпня 2015 року по травень 2016 року. Претест анкети проводився через опитування 25 респондентів у м. Києві та кількох містах і селах Київської області з 28 квітня по 4 травня 2017 року.

Частка тих, хто взяв участь в опитуванні (response rate), у 2017 році становилася 49% в Україні й суттєво різнилася залежно від області: від 28–30% у м. Києві та Сумській області до 92% у Тернопільській області.

Метод збору даних та інструмент дослідження

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

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

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

У польових дослідженнях проекту взяли участь 253 інтерв'юери. Дистанційний інструктаж (брифінг) бригадирів проводився 15 травня; бригадири проводили інструктаж на місцях. Під час дослідження телефоном координатор опитувальної мережі відповідала на запитання бригадирів та інтерв'юерів, що виникали протягом навчання на місцях і після ознайомлення зі зразками польових документів.

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

Демографічні характеристики опитаних

Розподіл респондентів дослідження за ключовими демографічними характеристиками відповідає складу населення, зафіксованому даними офіційної статистики³. Серед загальної кількості опитаних 55% становили жінки, 45% — чоловіки (*табл. 1*). Четверть опитаних (27%) — особи віком 60+.

Табл. 1. Розподіл респондентів за ключовими демографічними характеристиками

Питання анкети D1, 2, 3, 6, I4 N = 10 184		Опитані в «Індексі здоров'я»		Національні показники	
		N	%	N	%
Вікові групи	18–29 років	1992	19,6	6 818 972	19,5
	30–44 роки	2841	27,9	9 757 462	27,9
	45–59 років	2621	25,7	8 983 229	25,7
	60 та старші	2730	26,8	9 417 210	26,9
Стать опитаних	жінки	5583	54,8	22 770,3	53,7
	чоловіки	4601	45,2	19 644,6	46,3
Освіта	початкова / неповна середня	418	4,1	—	—
	повна середня загальна	1992	19,6	—	—
	професійно-технічна	2008	19,7	—	—
	середня спеціальна / неповна вища	2909	28,6	—	—
	базова вища	476	4,7	—	—
	повна вища	2373	23,3	—	—
Тип населеного пункту	міська місцевість ⁴	7017	68,9	29 482,3	69,2
	сільська місцевість	3167	31,1	13 102,2	30,8
Середній розмір домогосподарства		10 162	2,9	—	2,58 ⁵

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

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

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

Третина (31%) респондентів мешкали в селах, решта (69%) — у містах та селищах міського типу. Ці цифри є ідентичними соціально-демографічним характеристикам вибірки першої хвилі опитування, яка мала місце у 2016 році.

Працюючі становили 48% серед усіх опитаних, із них 4% самозайнятих, працюючі пенсіонери — 1,6%. До категорії непрацюючого населення (разом це 50%) входили пенсіонери (28%), безробітні (5%), домогосподарки та інші непрацюючі, які не шукають роботу (11%), студенти (3%) та непрацездатні особи (3%).

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

За результатами опитування, в 37% домогосподарств респондентів проживали діти віком до 18 років. Середня кількість дітей — 1,56, у західних областях (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська та Тернопільська) зафіксовано дещо більшу кількість дітей у сім'ї (медіана — 2, середнє значення — від 1,6 до 1,95) (рис. 1).

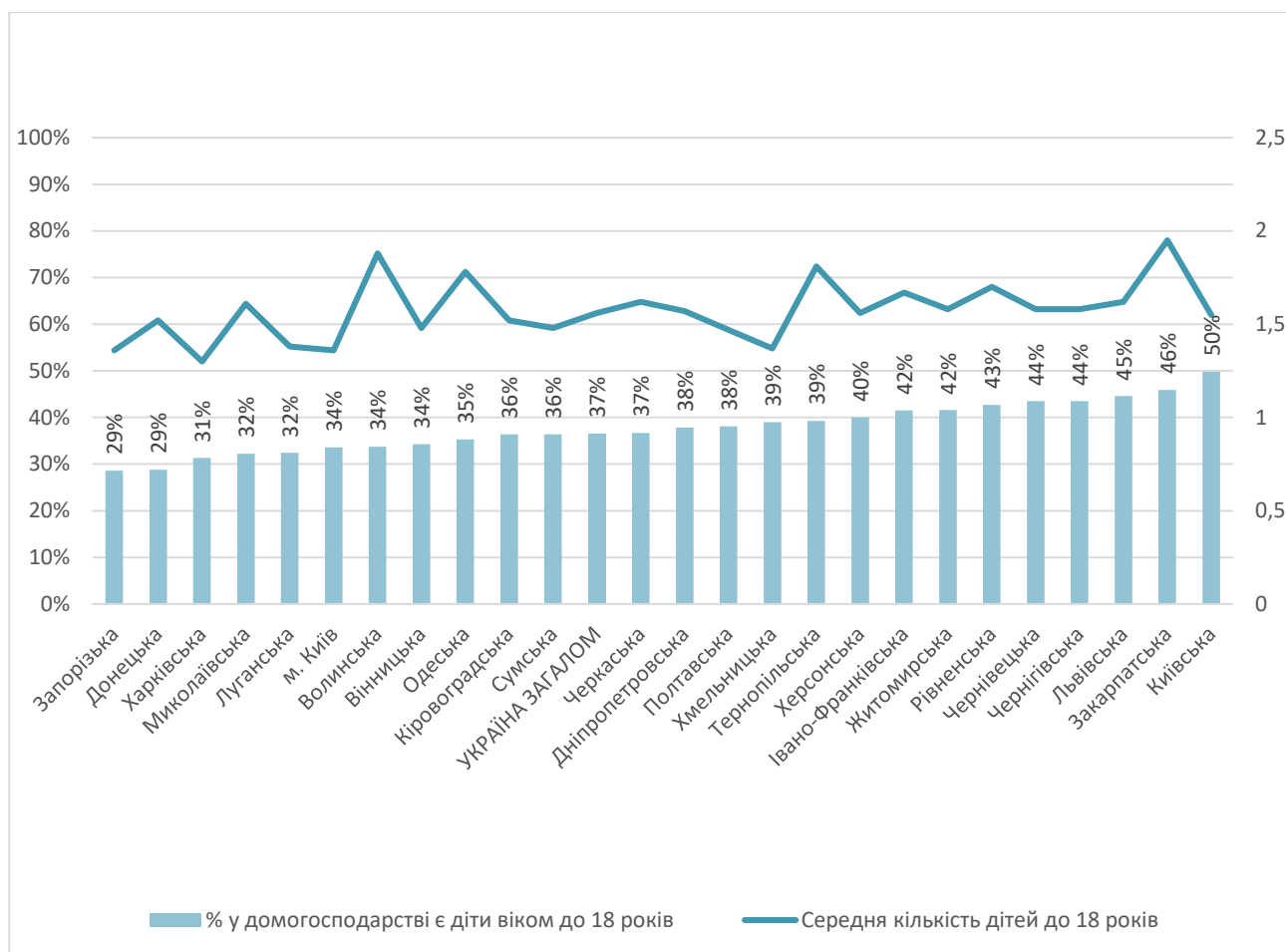


Рис. 1. Наявність і середня кількість дітей до 18 років у домогосподарстві: розподіл за областями

Розділ 1

ОЦІНЮВАННЯ ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ

Авторка розділу:

- *Юлія Барська, Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»*

Основні результати розділу

- 46,5% респондентів вважали свій **стан здоров'я** добрим або дуже добрим. Найменшою ця частка була в Сумській області (27,7%), а найбільшою — в Луганській (58,7%).
- Найпершими причинами **негативного впливу на своє здоров'я** респонденти назвали психологічне напруження (38,9%) та економічні проблеми (30,8%).
- **Три основні симптоми туберкульозу** (кашель, що триває понад три тижні, біль у грудях, виділення мокротиння або кровохаркання) назвали 8,7% опитаних. Найбільше — в Луганській області (31,6%), найменше — в Івано-Франківській області (0,4%).
- 6,6% опитаних мали офіційно встановлену інвалідність. 39,2% респондентів сказали, що мають **хронічні або довготривалі захворювання**.
- Поширеність **куріння** становила 23,9% (7,7% серед жінок і 39,6% серед чоловіків).
- 8,6% опитаних вживали алкоголь надмірно протягом минулого року (17,5% чоловіків і 1,7% жінок).
- 55,6% опитаних мали **надмірну вагу та ожиріння** (36,5% та 19,1%).
- 21,1% батьків **відмовлялися коли-небудь від обов'язкових щеплень** своєї дитини; 5,1% батьків відмовлялися від щеплень медичні працівники. 3,8% батьків зверталися за фіктивною довідкою про наявність щеплення. 47,0% батьків серед тих, хто має дітей віком до 6 років, стикалися з браком вакцин.

На наше здоров'я впливають чинники різних рівнів: навколишнього середовища, соціальні та економічні, наявність близьких людей, які нас підтримують, наша власна поведінка, генетичні чинники та послуги охорони здоров'я⁶. У нашому дослідженні ми запитували респондентів про те, як вони оцінюють окремі аспекти навколишнього простору, сприйняття впливу різних чинників на здоров'я. Знання таких аспектів дає краще розуміння про те, на що люди в Україні найбільше звертають увагу, щоб лишатися здоровими.

Куріння, вживання алкоголю, надмірна вага, неправильне харчування й недостатня фізична активність є основними поведінковими детермінантами багатьох хронічних та неінфекційних хвороб у сучасному світі⁷. Це ті фактори, на які кожен може вплинути самостійно і, усунувши які, запобігти значній частці смертей та інвалідності.

⁶ WHO: Determinants of health: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>.

⁷ Global Burden of Disease and Risk Factors - Chapter 4 Comparative Quantification of Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Risk Factors: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11813/>.

Зважаючи на епідеміологічні виклики в Україні, в дослідженні було особливу увагу звернено на знання симптомів різних захворювань та щеплення. Знання симптомів туберкульозу є важливим наразі з погляду сповільнення розвитку епідемії туберкульозу в Україні. Тоді як щеплення від основних інфекцій є доведеним ефективним способом контролювати та викорінювати поширення інфекцій, що загрожують життю, протягом останнього десятиріччя Україна демонструвала незадовільний рівень вакцинації⁸.

1.1. Знання про здорову поведінку та симптоми основних хвороб

Знання симптомів туберкульозу вимірювалося запитанням «Які, на Вашу думку, симптоми туберкульозу?», й відповідь була спонтанною (без наперед зачитуваних варіантів). 84,6% респондентів назвали хоча б один із симптомів туберкульозу ($N = 8623$), проте тільки 81,3% опитаних назвали хоча б один симптом туберкульозу правильно ($N = 8276$). Найчастіше респонденти називали кашель, що триває понад три тижні (цей симптом знали 7 з 10 дорослих українців — 69,5%), виділення мокротиння або кровохаркання (назвав кожний третій українець — 33,2%), температура (кожний четвертий — 25,3%) і біль у грудях (кожний п'ятий — 21,2%) (*рис. 1.1*). Усі інші симптоми (слабкість, знесиленість, втрата ваги, виснаження, блідість, задишка, нічна пітливість, відсутність апетиту, озноб, сонливість) називала ще менша частина опитаних (від 2,8% до 16,5%).

Проте одночасно три основні симптоми туберкульозу (кашель, що триває понад три тижні, виділення мокротиння або кровохаркання і біль у грудях⁹) назвали тільки 8,7% усіх респондентів.

Розподіл знань симптомів туберкульозу за регіонами наведено в *табл. 1.1* та *рис. 1.2*. Найбільша частка респондентів назвала хоча б один симптом туберкульозу правильно в м. Києві і найменша — в Черкаській області. Три основні симптоми туберкульозу назвали найбільше мешканців Луганської області (31,6%) і найменше — мешканців Івано-Франківської (0,4%).

⁸ WHO: Immunization: <http://www.who.int/topics/immunization/en/>.

⁹ Centers for Disease Control and Prevention (USA) Tuberculosis Disease: Symptoms and Risk Factors: <https://www.cdc.gov/features/tbsymptoms/index.html>.

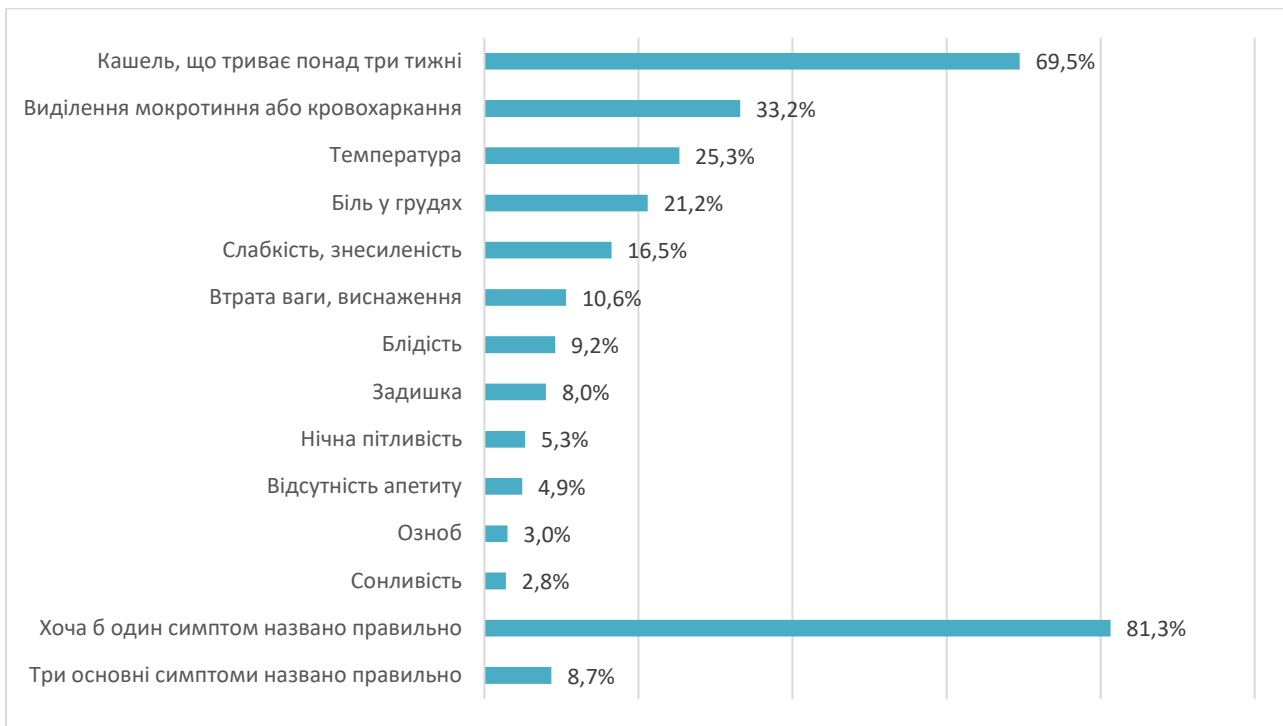


Рис. 1.1. Загальний розподіл відповідей на запитання «Які, на Вашу думку, симптоми туберкульозу?» (респонденти могли обрати більше однієї відповіді)

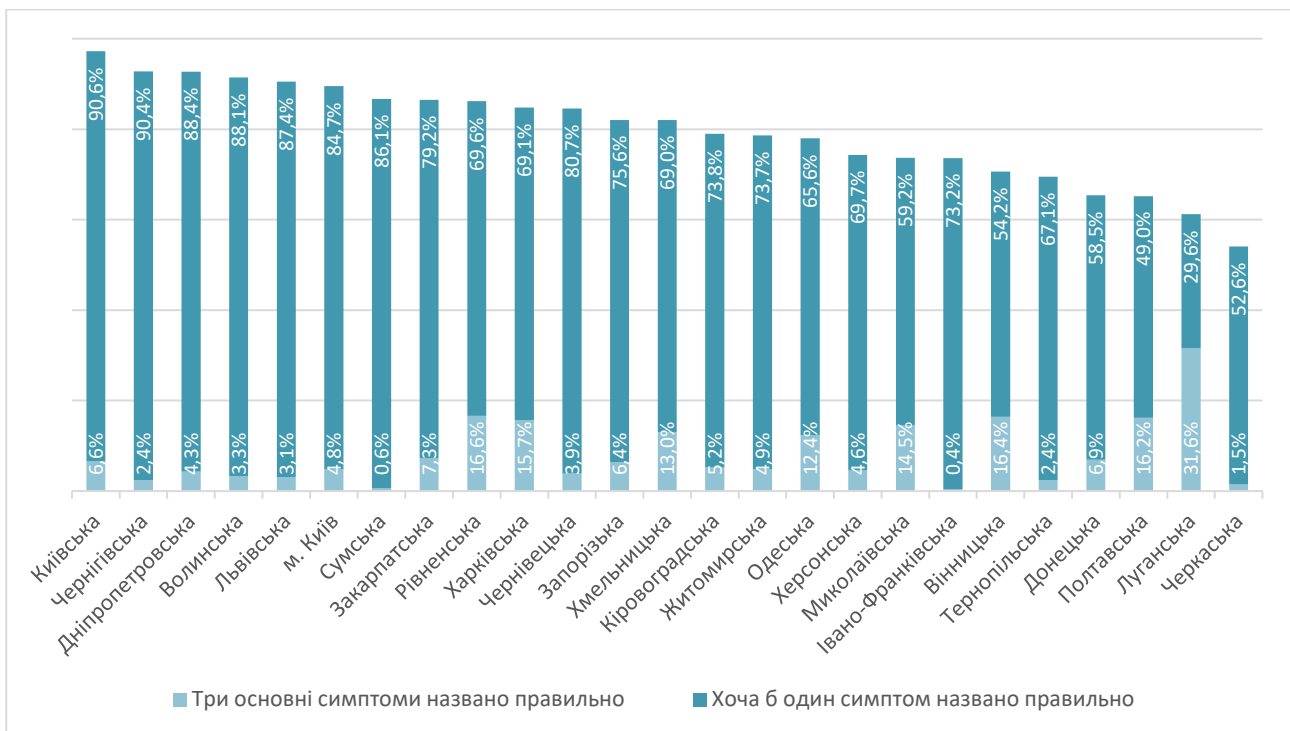


Рис. 1.2. Розподіл за областями відповідей на запитання «Які, на Вашу думку, симптоми туберкульозу?» (респонденти могли назвати більше однієї відповіді)

Табл. 1.1. Розподіл за областями відповідей на запитання «Які, на Вашу думку, симптоми туберкульозу?» (відповідь — одна опція й більше)

Region	N	Кашель, що тривав понад три тижні, %	Біль у грудях, %	Виділення мокротини або кровохаркання, %	Слабість, знесиленість, %	Блідість, %	Задихка, %	Втрата ваги, виснаження, %	Відсутність апетиту, %	Озноб, %	Сонливість, %	Температура, %	Нічна пітливість, %	Хоча б один симптом названо правильно, %	Три основні симптоми названо правильно, %
<i>Україна</i>	10 148	69,5	21,2	33,2	16,5	9,2	8,0	10,6	4,9	3,0	2,8	25,3	5,3	84,7	49,5
Вінницька	381	74,0	36,4	30,9	23,0	12,4	10,2	19,0	10,5	7,3	5,0	21,3	10,4	82,0	16,4
Волинська	249	61,4	7,7	29,7	8,1	4,8	1,2	4,1	2,0	0,9	1,7	40,0	2,1	78,0	3,3
Дніпропетровська	777	79,2	10,1	27,8	22,8	10,1	9,8	12,0	7,2	3,0	4,2	32,8	9,5	84,8	4,3
Донецька	1017	79,9	27,0	23,6	12,6	3,8	6,6	4,8	1,4	0,0	0,4	44,5	3,8	91,4	6,9
Житомирська	298	71,8	9,6	34,7	7,3	0,7	4,6	4,9	0,4	1,3	0,0	8,2	3,0	82,0	4,9
Закарпатська	300	63,3	19,3	28,7	16,5	6,6	6,8	10,0	1,6	0,9	1,8	16,0	1,6	78,6	7,3
Запорізька	419	65,2	31,0	34,0	23,6	26,0	16,3	21,0	20,2	13,2	10,3	15,5	3,5	86,2	6,4
Івано-Франківська	330	51,3	2,4	14,3	7,7	3,6	3,7	8,7	3,0	0,8	0,8	15,2	6,2	61,2	0,4
Київська	413	53,3	12,3	33,0	13,5	9,6	4,4	6,6	2,8	5,9	4,2	18,6	3,5	69,5	6,6
Кіровоградська	231	79,1	23,2	34,3	9,5	1,8	5,1	2,7	0,4	3,5	0,9	26,3	1,8	89,5	5,2
Луганська	526	70,8	39,2	55,2	18,9	20,6	19,1	10,7	6,2	2,7	3,6	42,9	2,4	73,6	31,6
Львівська	602	69,0	12,8	26,8	16,0	4,9	5,6	14,8	4,0	0,3	0,6	20,8	7,9	74,3	3,1
Миколаївська	277	79,6	59,2	28,0	15,9	4,7	5,1	6,8	4,3	2,5	4,1	54,6	13,3	86,5	14,5
Одеська	569	70,1	31,1	48,2	17,8	12,2	13,9	19,0	8,2	6,9	4,9	20,0	8,1	86,7	12,4
Полтавська	342	52,1	22,4	40,2	17,1	7,4	9,0	5,9	3,4	5,6	3,1	22,5	5,2	65,4	16,2
Рівненська	278	67,4	25,6	54,3	33,9	23,5	20,0	23,4	16,1	8,7	7,5	16,9	4,8	90,5	16,6
Сумська	266	61,6	3,5	5,3	1,9	1,0	0,5	2,8	0,2	0,7	0,7	2,1	2,1	65,2	0,6
Тернопільська	254	57,4	11,6	10,0	9,2	5,2	5,3	9,5	3,2	1,9	1,4	10,7	2,5	70,6	2,4
Харківська	646	79,8	28,6	50,4	17,4	6,9	3,8	7,4	1,6	0,2	0,9	8,4	1,0	84,6	15,7
Херсонська	254	76,3	17,7	41,2	31,4	8,0	5,9	16,1	5,0	2,5	2,7	39,6	16,3	92,8	4,6
Хмельницька	309	81,0	22,4	29,3	15,9	12,4	8,1	7,5	3,0	2,2	3,0	20,7	4,3	92,7	13,0
Черкаська	296	47,4	4,1	15,8	5,6	1,2	2,0	7,8	2,2	0,8	0,7	16,8	4,3	54,1	1,5
Чернівецька	217	68,8	14,1	24,8	22,7	13,9	9,2	11,6	5,6	0,6	1,5	20,4	5,1	79,0	3,9
Чернігівська	248	71,9	6,2	20,5	24,5	12,6	8,7	11,4	5,0	2,4	2,9	32,3	10,6	73,7	2,4
м. Київ	685	66,3	21,8	48,2	15,2	11,9	6,9	11,5	3,3	2,0	3,2	28,3	3,2	97,2	4,8

За соціально-демографічними характеристиками краще знали симптоми туберкульозу жінки, люди старшого віку (чим старші — тим кращі знання), містяни, люди більш освічені і з вищим доходом (рис. 1.3).

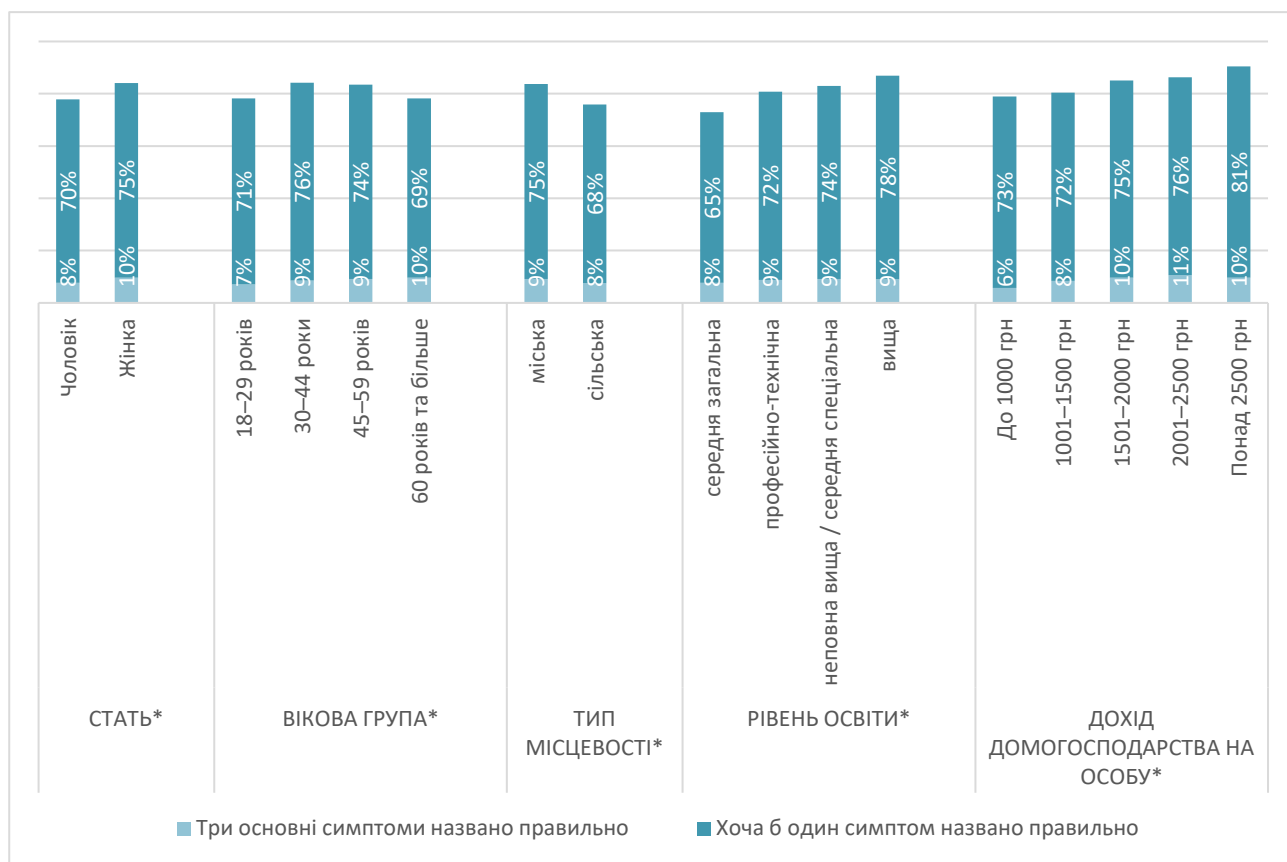


Рис. 1.3. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Які, на Вашу думку, симптоми туберкульозу?» (респонденти могли назвати більше однієї відповіді) (* Різниця між групами статистично значуща)

Уявлення про негативні впливи на здоров'я

94,4% респондентів ($N = 9615$) змогли визначитися з відповіддю на запитання «Що, на Вашу думку, негативно впливає на стан Вашого здоров'я?» (можна було обрати до трьох варіантів відповідей). Найчастіше респонденти називали психологічне напруження (38,9%) та економічні проблеми (30,8%) (рис. 1.4). Опитані обирали чинники, на які складно вплинути самостійно, такі як стан навколишнього середовища (25,8%) та умови праці (14,3%). Ще 7,4% респондентів посилалися на спадковість. Проте значні частки також припали на чинники способу життя — неправильне харчування (20,6%), шкідливі звички (16,7%), нестача фізичного навантаження (5,0%) та неухважність до самого себе (21,4%). Лише 7,8% опитаних зазначили неякісне лікування в медичних закладах як причину поганого здоров'я. Десять відсотків опитаних (10,6%) вважали, що нічого не впливає негативно на їхнє здоров'я.

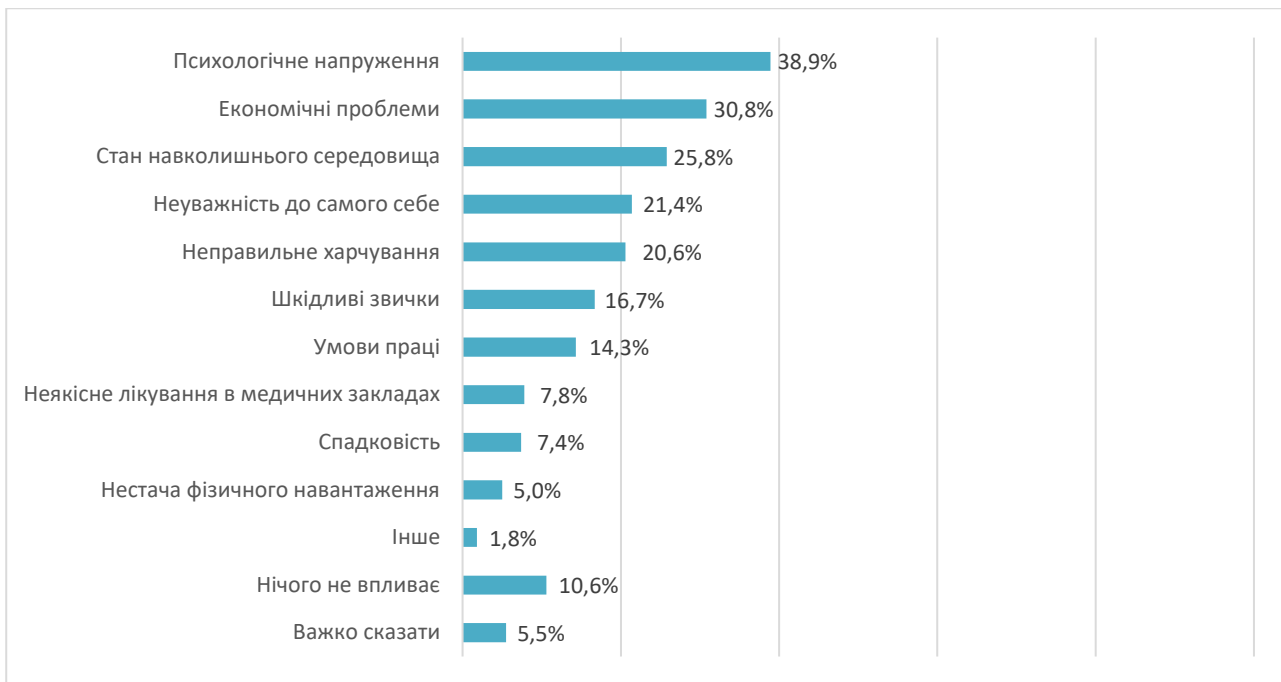


Рис. 1.4. Загальний розподіл відповідей на запитання «Що, на Вашу думку, негативно впливає на стан Вашого здоров'я?» (респонденти могли обрати не більше трьох варіантів відповідей)

Табл. 1.2 демонструє розподіл за областями чинників, які, на думку респондентів, впливають на здоров'я. На психологічне напруження як фактор впливу на здоров'я найбільше скаржилися жителі Херсонської та Чернівецької областей (по 61,8%), і найменше — жителі Донецької області (17,1%). Економічні проблеми називали основним негативним фактором впливу на здоров'я троє з чотирьох мешканців Миколаївської області (73,2%) і лише 6,0% мешканців Житомирської області. Найбільшої ваги неякісному лікуванню у медичних закладах як чиннику впливу на здоров'я надали мешканці Запорізької області (22,9%) і найменшої — мешканці Чернігівської області (3,0%). Вважали, що на їхнє здоров'я нічого не впливає негативно, 34,5% опитаних у Кіровоградській області, та 1,9% опитаних — у Рівненській.

Піклування про своє здоров'я

На питання «Якою мірою Ви піклуєтеся про стан свого здоров'я?» відповіло 96,8% опитаних ($N = 9861$). Половина респондентів сказали, що піклуються про своє здоров'я «посередньо» (49,7%) і ще третина — що піклуються «скоріше добре» (33,5%). Лише кожний десятий опитаний зазначив, що піклується про власне здоров'я «скоріше погано» (8,0%) або «зовсім не піклується» (2,8%). 6,1% вказали, що піклуються про власне здоров'я «дуже добре».

Табл. 1.2. Розподіл за областями відповідей на питання «Що, на Вашу думку, негативно впливає на здоров'я?»
(респонденти могли обрати не більше трьох варіантів відповідей)

Region	N	Психологічне напруження, %	Економічні проблеми, %	Стан навколишнього середовища, %	Неуважність до самого себе, %	Неправильне харчування, %	Шкідливі звички, %	Умови праці, %	Неякісне лікування в медичних закладах, %	Спадковість, %	Нестача фізичного навантаження, %	Інше, %	Нічого не впливає, %	Важко сказати, %
<i>УКРАЇНА</i>		38,9	30,8	25,8	21,4	20,6	16,7	14,3	7,8	7,4	5,0	1,8	10,6	5,5
Вінницька	381	24,5	24,0	10,0	22,3	20,5	10,7	10,8	4,9	8,7	5,5	0,2	28,3	0,9
Волинська	249	39,9	34,8	8,4	41,8	16,0	6,8	7,3	3,6	12,7	2,9	2,4	14,5	4,9
Дніпропетровська	777	40,7	31,8	38,1	14,5	24,5	16,4	15,7	6,6	4,3	6,3	2,6	7,9	1,4
Донецька	1017	17,1	13,3	24,5	8,7	17,7	14,5	7,2	3,3	5,3	1,8	1,1	22,4	21,2
Житомирська	298	23,9	6,0	23,7	25,2	10,1	21,8	7,4	6,2	14,6	3,0	1,2	17,8	4,1
Закарпатська	300	51,0	40,3	16,0	18,1	24,0	20,6	21,6	7,9	9,5	4,6	1,2	4,7	1,9
Запорізька	419	36,3	36,8	31,5	13,7	29,9	24,8	22,7	22,9	11,2	10,3	3,6	3,1	6,6
Івано-Франківська	330	37,0	21,5	34,8	41,3	19,4	16,3	10,5	4,3	5,3	3,0	3,2	2,9	2,1
Київська	413	50,3	50,9	35,0	12,6	8,9	16,1	31,9	7,1	3,2	1,4	1,5	5,2	1,3
Кіровоградська	231	20,6	29,5	16,8	13,4	6,1	2,0	4,6	7,6	8,1	0,0	1,7	34,5	16,0
Луганська	526	51,0	15,7	13,5	5,1	19,5	29,8	7,8	9,3	1,1	1,2	4,1	8,2	21,1
Львівська	602	38,8	45,3	42,9	11,4	32,2	18,0	15,4	6,6	4,2	3,8	1,1	5,5	1,3
Миколаївська	277	57,2	73,2	30,1	37,8	21,2	12,6	8,4	8,2	1,6	2,8	0,3	4,2	0,9
Одеська	569	39,1	33,8	20,9	32,4	29,6	20,1	17,3	14,6	12,0	5,9	3,3	9,7	1,8
Полтавська	342	30,6	58,2	20,6	28,3	22,4	18,1	24,4	6,7	4,2	1,3	1,2	4,8	5,0
Рівненська	278	54,7	17,5	37,4	23,0	25,1	16,3	21,9	6,3	8,0	3,6	0,2	1,9	1,0
Сумська	266	38,8	22,8	22,7	10,3	24,5	9,8	36,0	15,2	3,2	2,0	1,1	13,1	2,5
Тернопільська	254	46,6	17,6	22,7	19,1	10,8	14,0	14,4	7,2	3,6	5,0	5,3	6,7	2,1
Харківська	646	38,8	33,4	30,7	41,5	37,8	18,1	15,6	8,6	22,3	19,3	1,0	2,5	0,6
Херсонська	254	61,8	47,8	30,5	23,1	12,2	17,5	10,0	6,7	6,2	3,0	1,5	5,6	4,2
Хмельницька	309	37,9	28,9	19,8	18,2	22,4	29,8	11,8	6,5	6,7	7,5	0,2	5,4	4,4
Черкаська	296	37,6	35,4	27,7	20,6	10,3	10,0	23,0	7,3	6,1	1,2	1,5	5,0	5,2
Чернівецька	217	61,8	20,8	28,0	25,1	19,7	14,0	16,1	5,3	3,6	2,5	1,9	3,4	1,1
Чернігівська	248	43,7	22,3	20,1	31,5	10,4	14,1	10,6	3,0	9,8	3,7	0,7	16,9	5,7
м. Київ	685	41,3	29,4	17,9	26,6	9,3	12,3	3,4	7,9	6,9	8,9	1,6	19,2	0,6

У *табл. 1.3* представлено розподіл оцінок піклування про своє здоров'я за областями. Найбільша частка опитаних вказала, що піклується про власне здоров'я «добре» або «дуже добре» в Луганській області (69,1% разом). Найбільша частка опитаних сказала, що піклується про своє здоров'я «скоріше погано» або «зовсім не піклується», у Кіровоградській області (23% разом).

Табл. 1.3. Розподіл за областями відповідей на запитання «Якою мірою Ви піклуєтесь про Ваше здоров'я» (респонденти могли обрати не більше трьох варіантів відповідей)

Регіон	N	«Зовсім не піклуюсь», %	«Скоріше погано», %	«Посеред-ньо», %	«Скоріше добре», %	«Дуже добре», %
УКРАЇНА	10 184	2,7	7,8	48,1	32,	5,9
Вінницька	375	3,5	7,9	45,0	34,4	9,3
Волинська	228	1,9	10,1	57,3	23,0	7,8
Дніпропетровська	770	3,3	5,7	39,4	37,0	14,5
Донецька	884	2,7	7,6	63,2	24,3	2,2
Житомирська	298	1,6	10,0	54,1	33,2	1,0
Закарпатська	299	1,4	7,1	43,8	45,6	2,1
Запорізька	418	3,1	15,4	55,0	22,5	4,0
Івано-Франківська	329	5,1	13,3	52,9	24,6	4,1
Київська	409	2,1	9,8	52,4	32,2	3,5
Кіровоградська	221	9,1	13,9	52,4	22,8	1,9
Луганська	438	5,6	2,7	22,6	55,4	13,7
Львівська	601	1,3	2,9	54,2	37,1	4,5
Миколаївська	257	0,0	1,3	43,4	54,4	0,8
Одеська	565	5,3	9,9	48,4	33,0	3,4
Полтавська	338	2,5	13,1	48,6	35,1	0,7
Рівненська	278	0,2	6,0	61,7	31,1	1,0
Сумська	262	0,0	3,2	41,6	52,8	2,3
Тернопільська	254	1,7	9,9	57,4	27,9	3,0
Харківська	646	1,1	6,9	38,5	24,3	29,2
Херсонська	249	1,4	11,6	49,0	35,9	2,0
Хмельницька	299	2,0	2,5	46,4	45,7	3,5
Черкаська	292	6,5	10,0	56,0	25,0	2,5
Чернівецька	217	3,2	5,6	60,1	28,4	2,7
Чернігівська	247	5,6	12,2	53,1	27,2	2,0
м. Київ	685	1,5	8,9	54,4	34,0	1,1

За соціально-демографічними характеристиками краще оцінили піклування про своє здоров'я молодші люди, містяни, люди з вищою освітою та вищим доходом (рис. 1.5). Між чоловіками й жінками не було статистично значущої різниці в оцінюванні піклування про своє здоров'я.

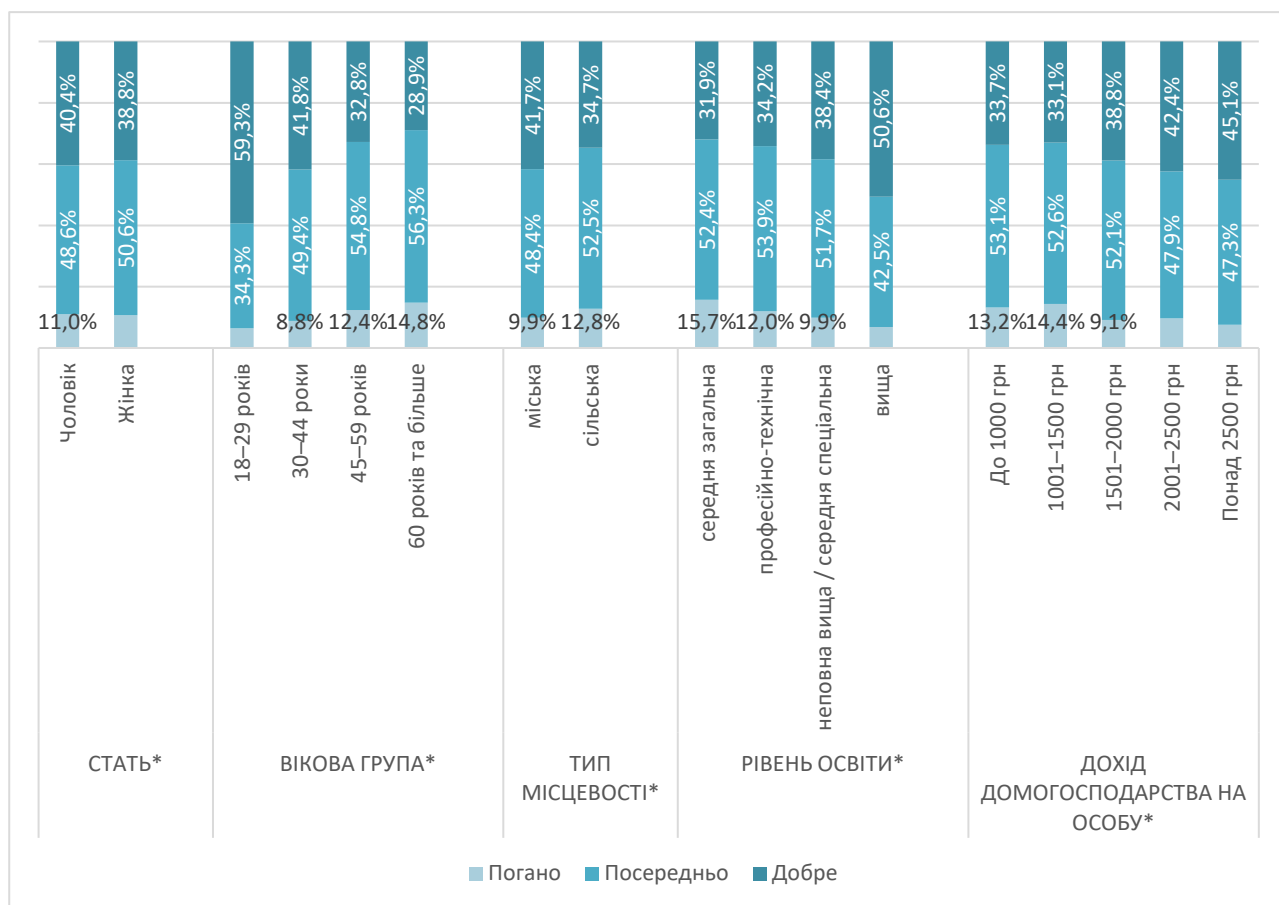


Рис. 1.5. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Що, на Вашу думку, негативно впливає на здоров'я?» (респонденти могли обрати не більше трьох варіантів відповідей) (* Різниця між групами статистично значуща)

Порівняння результатів 2017 та 2016 років

Знання симптомів туберкульозу

Порівняно з 2016 роком знання хоча б одного симптому туберкульозу не змінилися (81% у 2017 році і 82% у 2016 році). Проте знання одночасно трьох основних симптомів туберкульозу (кашель, що триває понад три тижні, біль у грудях, виділення мокротиння або кровохаркання) зросли з 5,8% у 2016 році до 8,7% у 2017 році.

Питання про піклування про своє здоров'я та уявлення про негативні впливи на здоров'я не ставилися в 2016 році.

1.2. Щеплення

Питання про ставлення й досвід щеплень ставили тільки тим респондентам, які мали дітей до 18 років і знали про їхній стан здоров'я. Таких загалом було 3102. Описана нижче інформація стосується саме цієї групи людей (на *рис. 1.6* позначено темно-синім).

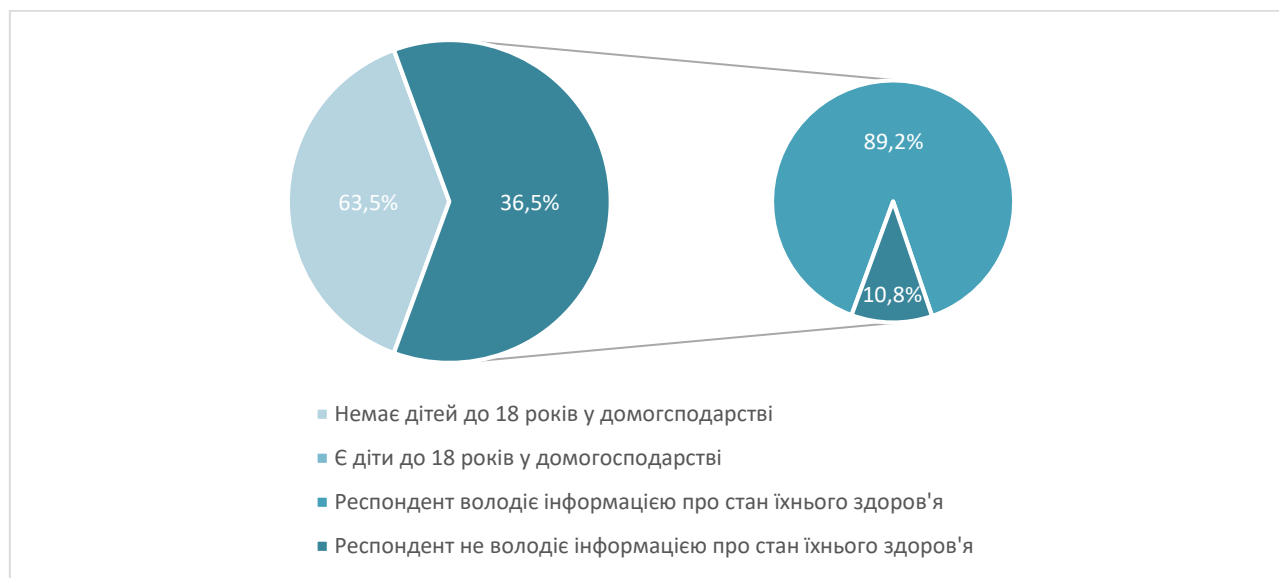


Рис. 1.6. Підвибірка респондентів, яким ставили запитання стосовно щеплення їхніх дітей (позначено темно-синім).

Ставлення до вакцинації

98% респондентів з тих, які мали дітей до 18 років і знали про стан їхнього здоров'я, відповіли на питання про ставлення до вакцинації ($N = 3041$).

Сім із десяти опитаних ставилися до вакцинації «дуже позитивно» або «скоріше позитивно» (32,5% та 40,9% відповідно). Ще 13,9% респондентів серед тих, які мали дітей, ставилися до вакцинації «нейтрально» і 12,7% — «негативно».

Найбільша частка батьків, які ставилися до вакцинації негативно («скоріше негативно» або «дуже негативно»), мешкали в західних областях — Львівській (24,0%), Рівненській (23,6%), Івано-Франківській (21,3%), Тернопільській (18,0%) (*табл. 1.4*). Найбільша частка батьків серед опитаних, які ставилися до вакцинації позитивно («скоріше позитивно» або «дуже позитивно»), мешкали у східних і південних областях. У Сумській області частка таких батьків становила 97,1%; у Харківській — 95,6%, у Кіровоградській — 91,6%. За ними йдуть Миколаївська, Донецька, Херсонська та Полтавська.

За соціально-демографічними характеристиками, трохи більша частка жінок, на відміну від чоловіків (74,8% серед жінок і 71,1% серед чоловіків), ставилася до вакцинації позитивно. Люди із середнім рівнем доходу найкраще ставилися до вакцинації (77,4% і 78,0%

позитивно), а серед людей з найвищим рівнем доходу тих, хто ставився до вакцинації позитивно, була найменша частка (68,3%) (табл. 1.5).

Відмова від вакцинації

Загалом 21,1% ($N = 615$) з усіх опитаних, які мали дітей до 18 років і знали про їхнє здоров'я, відмовлялися коли-небудь від вакцинації своєї дитини.

Табл. 1.4. Розподіл за областями відповідей на запитання «Загалом, як Ви ставитесь до вакцинації?» (серед тих, хто має дітей до 18 років і володіє інформацією про стан їхнього здоров'я)

Регіон	N	«Дуже негативно», %	«Скоріше негативно», %	«Нейтрально», %	«Скоріше позитивно», %	«Дуже позитивно», %
УКРАЇНА	3041	4,9	7,8	13,9	40,9	32,5
Вінницька	127	5,3	5,8	22,3	30,4	36,2
Волинська	129	3,9	5,4	14,1	67,1	9,5
Дніпропетровська	124	5,5	11,3	19,3	25,7	38,2
Донецька	92	10,4	2,0	7,6	34,8	45,1
Житомирська	148	1,7	12,8	9,5	60,8	15,2
Закарпатська	157	3,5	10,9	12,3	60,3	13,1
Запорізька	78	0,0	6,9	23,6	38,6	30,9
Івано-Франківська	141	7,8	13,5	12,9	55,2	10,6
Київська	171	2,8	10,0	10,4	46,8	29,9
Кіровоградська	98	0,0	5,4	3,1	59,3	32,3
Луганська	95	0,0	1,8	10,3	40,9	47,0
Львівська	144	10,1	13,9	21,1	36,5	18,3
Миколаївська	107	0,0	5,8	7,4	72,5	14,2
Одеська	113	6,3	6,3	9,7	35,7	42,0
Полтавська	135	6,3	2,1	12,2	54,0	25,3
Рівненська	130	6,1	17,6	23,9	46,2	6,3
Сумська	121	0,8	1,5	0,6	17,7	79,4
Тернопільська	98	9,7	8,3	21,7	17,6	42,7
Харківська	92	0,0	3,5	0,9	39,6	56,0
Херсонська	145	0,9	7,8	11,4	32,6	47,3
Хмельницька	97	4,2	5,0	31,4	38,7	20,7
Черкаська	125	5,1	6,6	26,2	45,7	16,4
Чернівецька	171	5,3	9,7	22,6	40,3	22,1
Чернігівська	116	6,6	4,0	13,1	39,5	36,9
м. Київ	87	6,6	10,2	11,1	31,4	40,7

Найбільша частка респондентів відмовлялася від обов'язкових щеплень своєї дитини в Івано-Франківській (39,1%), Тернопільській (38,5%), Львівській (37,5%) і Київській (36,5%) областях. Найменша — у Волинській (4,1%) та Миколаївській (5,3%) областях (рис. 1.7). З другого боку, 5,1% ($N = 125$) респондентів, які мали дітей до 18 років і володіли інформацією про стан їхнього здоров'я, медичний працівник коли-небудь відмовляв від щеплень для дитини.

Табл. 1.5. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Загалом, як Ви ставитеся до вакцинації?» (серед тих, хто має дітей до 18 років і володіє інформацією про стан їхнього здоров'я)

Соціально-демографічні характеристики		N	«Негативно», %	«Нейтрально», %	«Позитивно», %	Значущість різниці
СТАТЬ	чоловік	774	13,4	15,5	71,1	< 0,05
	жінка	2267	12,2	13,0	74,8	
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	678	10,8	17,2	72,0	Незначущо
	30–44 роки	1636	13,4	13,0	73,5	
	45–59 років	511	14,2	11,2	74,6	
	60 років та більше	216	9,8	13,0	77,2	
ТИП МІСЦЕВОСТІ	міська	1877	12,8	13,7	73,4	Незначущо
	сільська	1164	12,2	14,2	73,5	
ОСВІТА	середня загальна	607	12,0	13,2	74,7	Незначущо
	професійно-технічна	533	12,1	12,5	75,4	
	неповна вища / середня спеціальна	948	11,8	14,3	73,9	
	вища	949	13,8	14,7	71,5	
ДОХІД ДОМОГОС-ПОДАРСТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	669	16,7	10,7	72,6	< 0,05
	1001–1500 грн	520	12,3	13,1	74,6	
	1501–2000 грн	412	7,9	14,7	77,4	
	2001–2500 грн	170	10,2	11,8	78,0	
	понад 2500 грн	774	15,7	16,0	68,3	

Найчастіше медичні працівники відмовляли батьків від щеплення своїх дітей у м. Києві (19,1%), а також у Київській (12,9%) та Івано-Франківській областях (11,3%). Жоден респондент не повідомив, що його/її коли-небудь відмовляв медичний працівник від щеплення дитини у Сумській, Миколаївській, Кіровоградській, Запорізькій, Донецькій і Волинській областях.

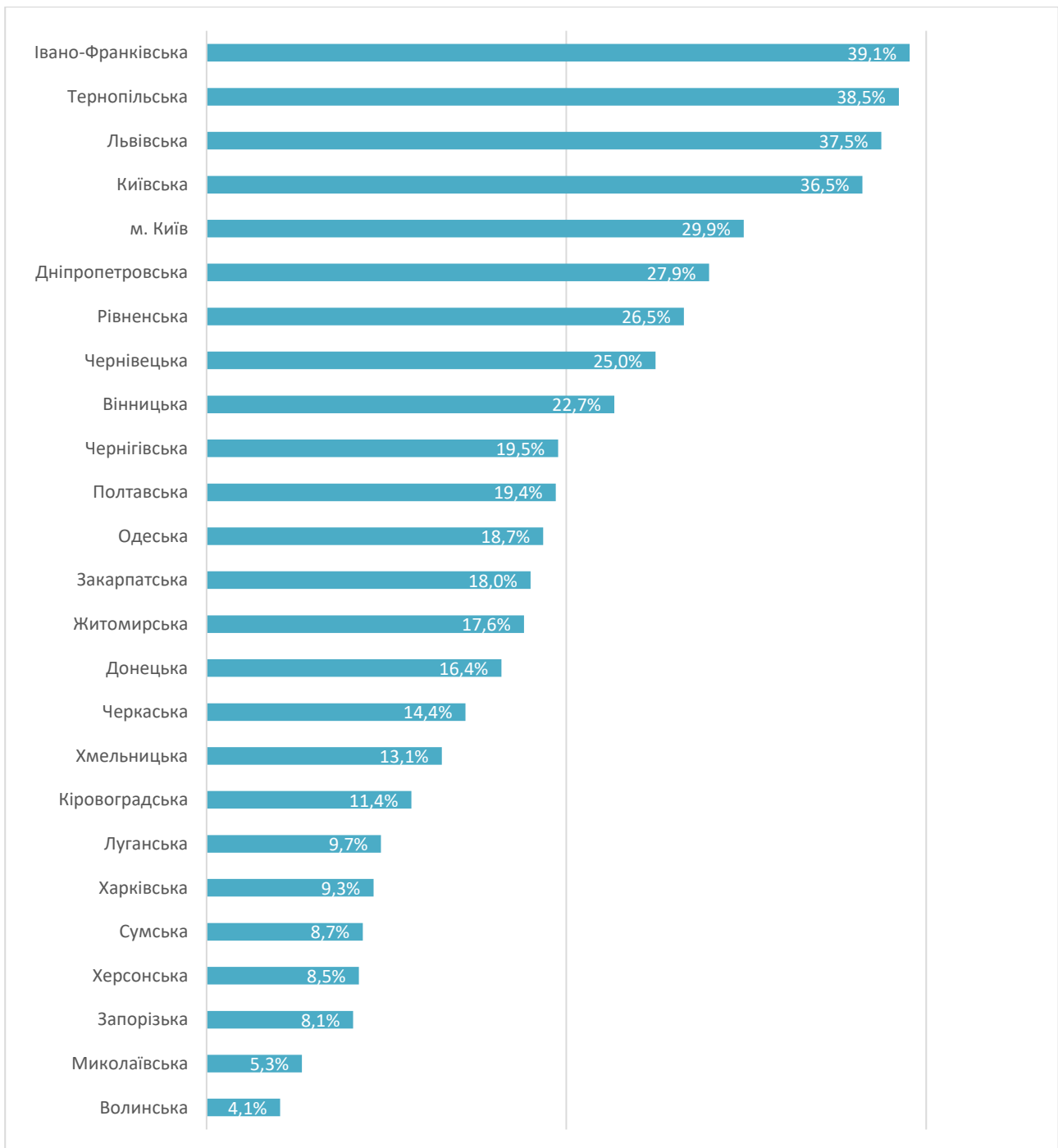


Рис. 1.7. Розподіл за областями відповідей на запитання «Чи відмовлялися Ви коли-небудь від обов’язкових щеплень для дитини?»

Половина батьків з тих, які коли-небудь відмовлялися від щеплення своєї дитини, робили це через страх ускладнень або інших негативних наслідків від вакцинації (48,8%) (*рис. 1.8*). Ще двоє з п'яти (38,6%) назвали однією з причин відмови недовіру до виробників вакцин, і кожний третій — хворобу дитини (31,9%). Кожний десятий респондент із тих, які коли-небудь відмовлялися від щеплення своєї дитини, робили це через переконання в тому, що вакцинація не потрібна (11,5%), і 5,8% опитаних батьків радили не робити щеплення медичні працівники.



Рис. 1.8. Загальний розподіл відповідей на запитання «Чому Ви відмовлялися від щеплення для дитини?» (серед тих, хто відмовлявся коли-небудь від обов'язкових щеплень для дитини; можна було обирати до трьох варіантів відповідей)

Серед тих батьків, яких переконували медичні працівники не робити щеплення своїм дітям, основною названою медичними працівниками причиною була помірна хвороба дитини без високої температури (26,7%). Інші згадувані причини наведено на *рис. 1.9*.

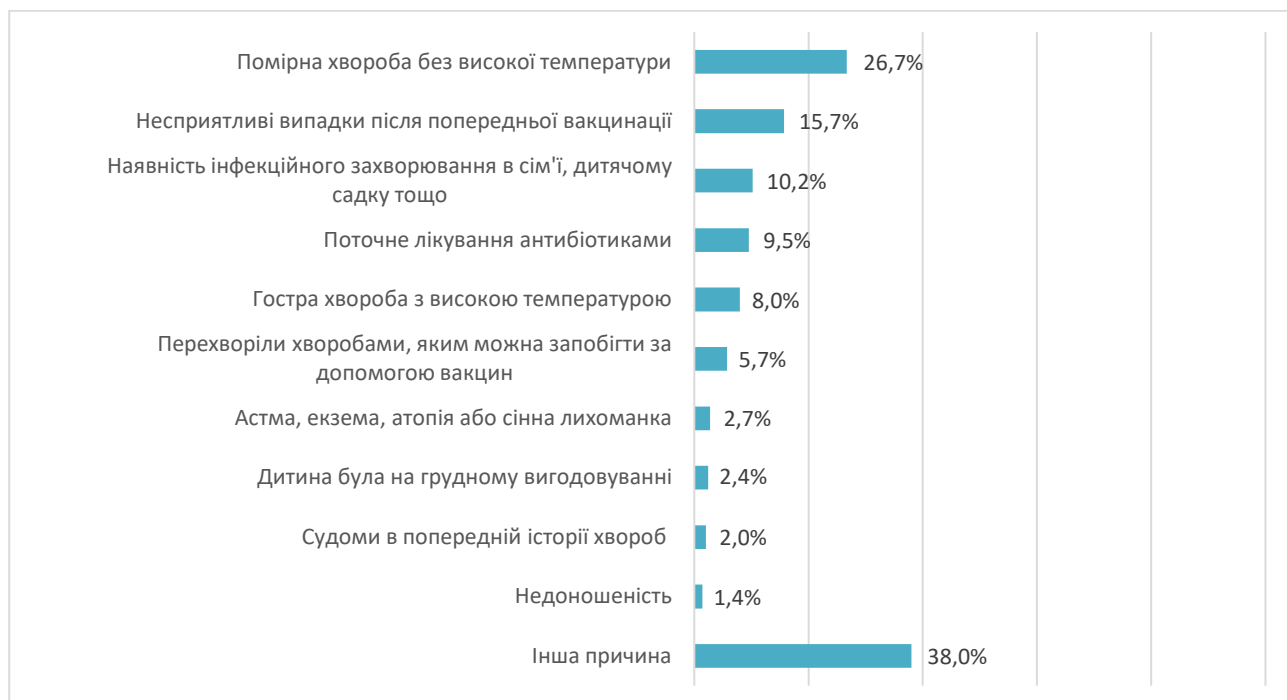


Рис. 1.9. Загальний розподіл відповідей на запитання «Яку причину вказав медичний працівник, відмовляючи Вас від щеплення для дитини?» (серед тих, кого відмовляв коли-небудь медичний працівник від щеплень для дитини; можна було обирати до трьох варіантів відповідей)

3,8% батьків з тих, що мають дітей до 18 років, коли-небудь зверталися за фіктивною довідкою про наявність щеплень. Найбільша частка таких була серед мешканців Дніпропетровської (10,8%), Львівської (9,1%), Чернігівської (7,9%), Вінницької (6,4%) областей та м. Києва (6,8%). Таких респондентів взагалі не було у Харківській, Кіровоградській, Миколаївській і Житомирській областях.

Серед тих респондентів, які мали дітей віком до 6 років ($N = 2158$), майже половина стикалася із ситуацією браку вакцин, коли дитині потрібно було зробити щеплення (47,0%). Найбільша частка таких респондентів виявилась у Чернігівській (72,1%) і Полтавській областях (69,2%); найменша — в Миколаївській (15,3%).

Порівняння результатів 2017 та 2016 років

Порівняно з 2016 роком **ставлення до вакцинації** дещо покращилося: на 3% більше респондентів стали ставитися до вакцинації «позитивно» або «дуже позитивно» (71% у 2016 році і 74% у 2017 році): на 3% була меншою частка тих респондентів, які коли-небудь **відмовлялися від щеплення** своєї дитини (24% у 2016 і 21% у 2017).

1.3. Самооцінювання здоров'я

Оцінка стану свого здоров'я респондентами була визначена за відповіддю на запитання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?». На це питання відповіло 99,4% усіх респондентів ($N = 10\ 123$).

Більшість опитаних оцінили стан свого здоров'я як «добрий» (39,6%) або «посередній» (38,9%). Таких респондентів було разом чотири з п'яти. Ще кожний восьмий учасник опитування вважав своє здоров'я «поганим» (12,3%). Майже сім відсотків опитаних оцінили свій стан як «дуже добрий» (6,9%) і тільки 2,3% — як «дуже поганий».

У **табл. 1.6** наведено розподіл оцінок стану свого здоров'я за областями. Найкраще стан свого здоров'я оцінили мешканці Луганської області (58,7% як «добрий» або «дуже добрий»), найгірше — мешканці Сумської області (28,4% як «поганий» або «дуже поганий»).

За соціально-демографічними характеристиками вище оцінювали стан свого здоров'я чоловіки, люди молодшого віку, містяни, люди з вищою освітою та доходом (**рис. 1.10**).



Рис. 1.10. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?» (* Різниця між групами статистично значуща)

Наявність інвалідності та хронічних і довготривалих захворювань

10 000 респондентів (98,2%) відповіли на запитання «Чи маєте Ви якісь хронічні або довготривалі захворювання?». З них 39,2% ($n = 3929$) сказали, що мають такі.

Табл. 1.6. Розподіл за областями відповідей на запитання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?»

Регіон	<i>N</i>	«Дуже погане», %	«Погане», %	«Посереднє», %	«Добре», %	«Дуже добре», %
<i>УКРАЇНА</i>	10123	2,3	12,3	38,9	39,6	6,9
Вінницька	381	3,1	10,2	33,9	40,7	12,1
Волинська	245	0,8	15,5	39,6	33,9	10,2
Дніпропетровська	760	0,4	9,2	42,1	34,7	13,6
Донецька	1012	2,4	15,2	41,4	35,1	5,9
Житомирська	298	2,0	19,5	41,3	33,6	3,7
Закарпатська	301	0,7	9,3	43,5	39,9	6,6
Запорізька	419	1,4	15,0	39,6	35,3	8,6
Івано-Франківська	328	2,4	8,5	47,3	35,1	6,7
Київська	413	4,6	9,7	40,9	40,2	4,6
Кіровоградська	231	3,5	16,5	34,2	37,2	8,7
Луганська	517	1,2	11,2	28,8	47,4	11,4
Львівська	600	1,0	6,8	40,5	46,3	5,3
Миколаївська	275	1,1	13,1	37,8	46,9	1,1
Одеська	567	3,0	13,6	33,0	45,1	5,3
Полтавська	342	1,5	11,7	37,1	47,7	2,0
Рівненська	276	0,7	9,1	53,6	34,1	2,5
Сумська	264	4,9	23,5	43,9	26,1	1,5
Тернопільська	253	2,8	9,9	49,0	33,6	4,7
Харківська	644	6,1	14,4	29,8	32,0	17,7
Херсонська	252	5,6	19,0	28,6	43,7	3,2
Хмельницька	308	2,6	6,2	37,3	43,5	10,4
Черкаська	293	2,4	12,3	46,4	34,1	4,8
Чернівецька	216	1,4	7,9	46,3	41,2	3,2
Чернігівська	242	2,5	11,6	49,6	31,0	5,4
м. Київ	683	1,3	12,0	30,7	55,9	0,0

Найбільша частка учасників опитування повідомила, що має **хронічні або довготривалі захворювання**, з тих, які мешкали в Черкаській області (61,6%), та найменша — мешканці Закарпатської області (19,1%) (*рис. 1.11*).

За соціально-демографічними характеристиками більша частка жінок, людей старшого віку, із середньою загальною освітою та меншим доходом звітувала про наявність хронічних або довготривалих хвороб. За типом місцевості статистично значущої різниці не було (*рис. 1.12*).

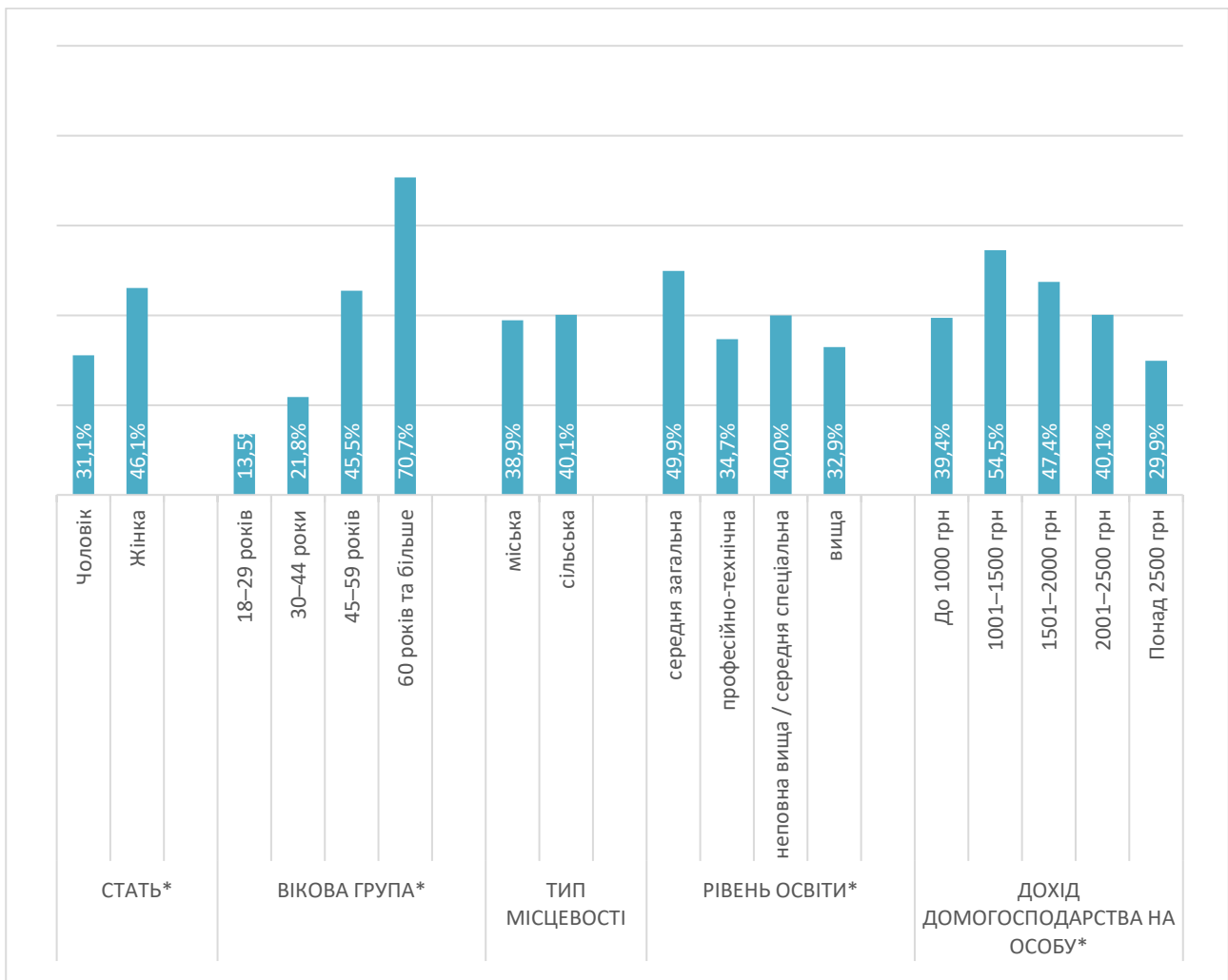


Рис. 1.12. Наявність хронічних або довготривалих хвороб: розподіл за соціально-демографічними характеристиками

99,8% респондентів ($N = 10\ 161$) дали відповідь на запитання, чи мають вони офіційно встановлену **інвалідність**. З них 6,6% ($n = 671$) відповіли ствердно. Найбільша частка опитаних мали офіційно встановлену інвалідність серед мешканців Івано-Франківської області (13,2%) та найменша — серед мешканців Волинської області (2,7%) (*рис. 1.13*).

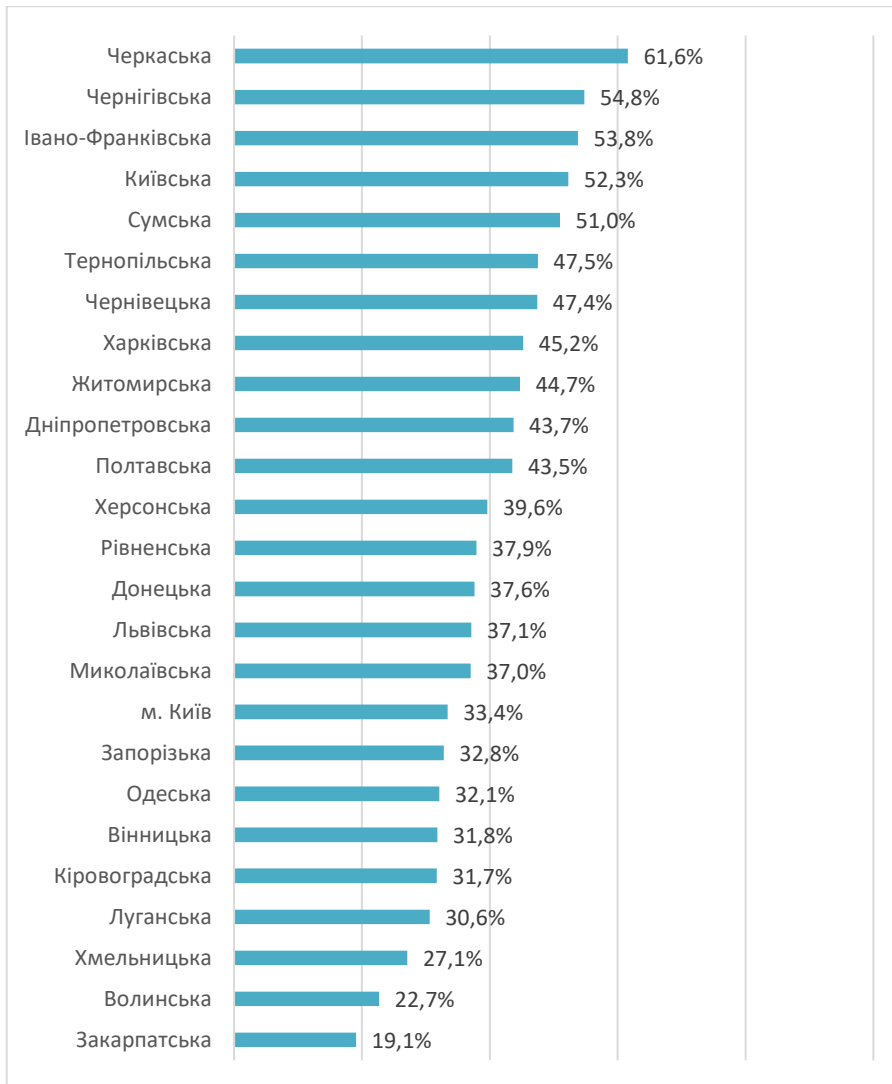


Рис. 1.11. Наявність хронічних або довготривалих хвороб: розподіл за областями

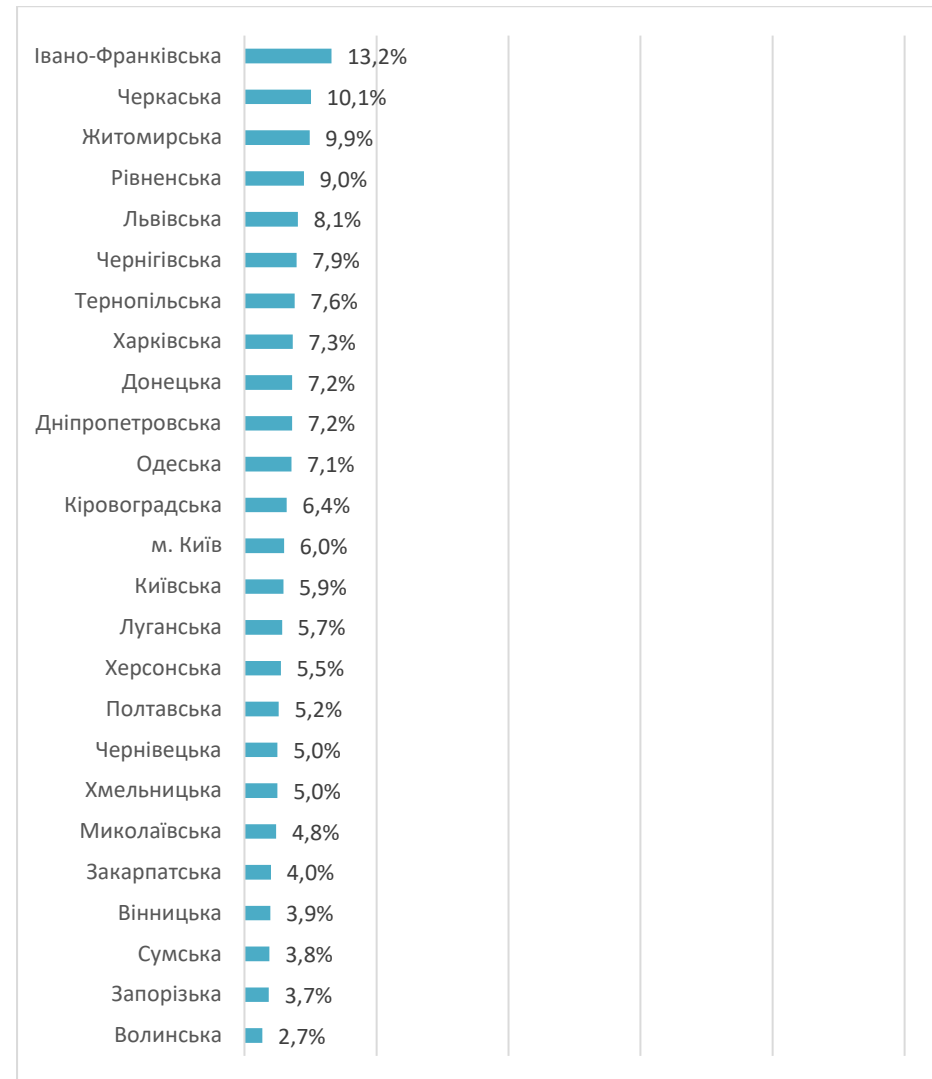


Рис. 1.13. Розподіл за областями відповідей на запитання «Ви маєте чи не маєте офіційно встановленої інвалідності?»

За соціально-демографічними характеристиками більша частка чоловіків, людей віком 45 років і старших, із середньою загальною освітою та доходом домогосподарства до 2500 грн на особу мала офіційно встановлену інвалідність. За типом місцевості статистично значущої різниці не було (рис. 1.14).

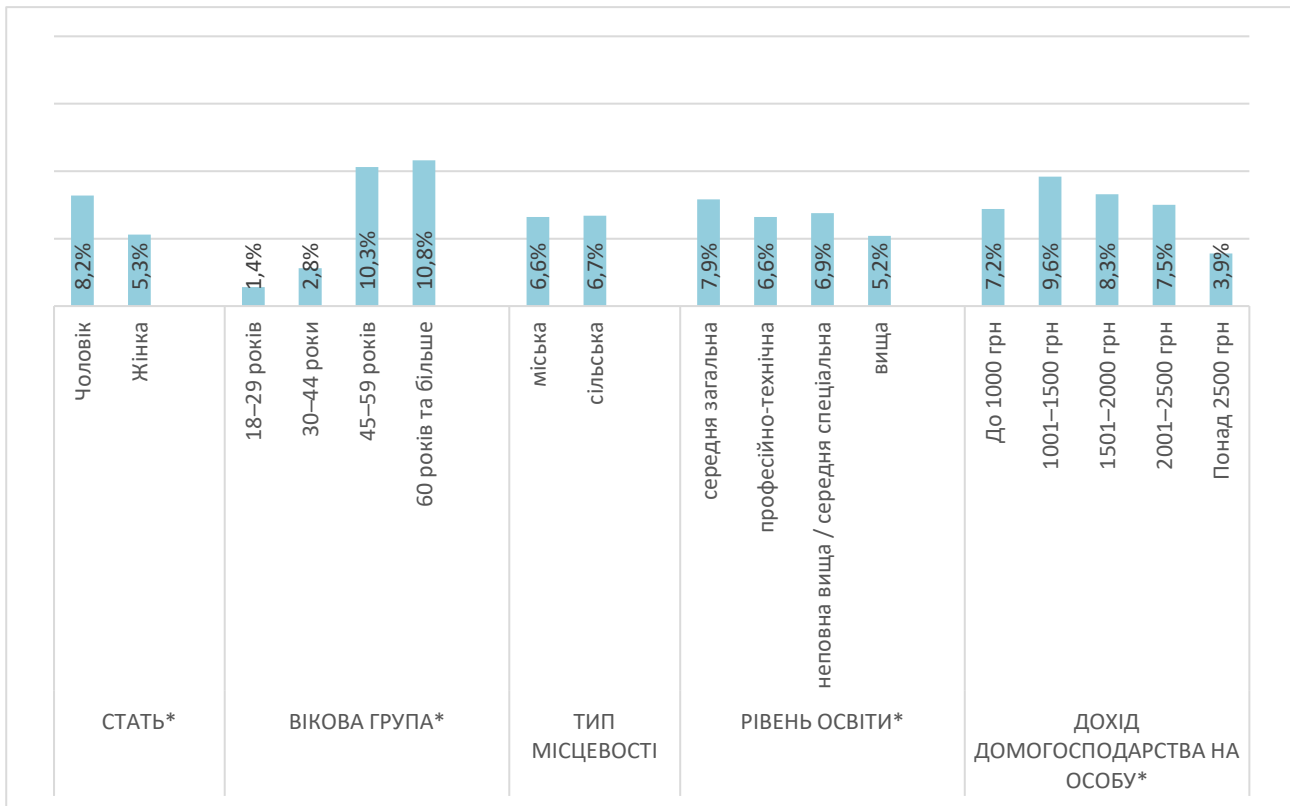


Рис. 1.14. Розподіл за соціально-демографічними характеристикам відповідей на запитання «Ви маєте чи не маєте офіційно встановленої інвалідності?» (* Різниця між групами статистично значуща)

Порівняння результатів 2017 та 2016 років

Самооцінки здоров'я майже не змінилися. Частка тих, хто оцінює власне здоров'я як «дуже добре», у 2016 році дорівнювала 6%, у 2017 році — 7%. Як «добре» своє здоров'я у 2016 році оцінювало 39% респондентів, у 2017 — 40%. Відповідно зменшилася на 2% частка тих, хто оцінює своє здоров'я як «посереднє». Частка осіб, які оцінюють своє здоров'я як «погане» й «дуже погане», не змінилася (12% і 2%, відповідно).

Частка осіб, які повідомили про наявність хронічних або довготривалих хвороб, зменшилася на 3% — з 42,3% у 2016 році до 39,2% у 2017 році.

Частка респондентів, які мали офіційно встановлену інвалідність, не зазнала суттєвих змін: 7,1% у 2016 році та 6,6% у 2017 році.

1.4. Індекс маси тіла (ІМТ)

Індекс маси тіла був розрахований з відповідей на два запитання: «Скільки кілограмів Ви важите?» та «Який Ваш зріст у сантиметрах?». Із цих відповідей за стандартною формулою¹⁰ було розраховано індекс маси тіла (ІМТ). Отримання значення були округлені до одного знака після коми. Потім коефіцієнт ІМТ був класифікований за референтними значеннями, рекомендованими ВООЗ, а саме такими: до 18,5 — недостатня вага, від 18,5 до 24,9 — нормальна вага, від 25,0 до 29,9 — надмірна вага, від 30,0 — ожиріння (ожиріння не розрізнялося за ступенями)¹¹. Усього 9016 (88,5%) змогли назвати свій зріст і вагу. Результати для них подано нижче.

За даними опитування, двоє з п'яти дорослих українців мають нормальну вагу (42,0%). Ще двоє з п'яти опитаних мають надмірну вагу (36,5%) і один з п'яти — ожиріння (19,1%). Лише 2,4% респондентів мали недостатню вагу.

Найбільша частка опитаних мала надмірну вагу або ожиріння в Запорізькій області (разом 72,0%) і найменша — у Хмельницькій (разом 43,1%). Найбільша частка респондентів мали ожиріння серед опитаних у Київській області (27,6%). Найбільшу частку осіб з недостатньою вагою можна було спостерігати в Закарпатській області (6,5%) (*табл. 1.7*).

Табл. 1.7. Розподіл за областями коефіцієнта Індекс маси тіла

Регіон	N	Недостатня вага, %	Нормальна вага, %	Надмірна вага, %	Ожиріння, %
<i>УКРАЇНА</i>	9016	2,4	42,0	36,5	19,1
Вінницька	338	1,5	40,6	39,9	18,0
Волинська	166	0,0	39,2	43,5	17,3
Дніпропетровська	710	2,9	40,0	35,3	21,8
Донецька	980	0,6	34,0	43,6	21,9
Житомирська	297	1,6	42,2	36,4	19,8
Закарпатська	284	6,5	46,6	31,4	15,5
Запорізька	345	1,1	26,9	54,8	17,2
Івано-Франківська	288	4,4	47,9	28,9	18,8
Київська	391	1,3	35,1	36,0	27,6
Кіровоградська	192	3,9	42,4	33,9	19,7
Луганська	384	1,4	45,8	34,4	18,4
Львівська	583	3,2	41,5	35,7	19,6
Миколаївська	226	4,0	40,3	36,5	19,3

¹⁰ $\frac{\text{Вага (кг)}}{\text{Зріст}^2 \text{ (м)}}$ World Health Organization: Body mass index <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

¹¹ Там само.2

Одеська	520	4,0	43,0	35,2	17,7
Полтавська	283	2,9	36,9	34,4	25,8
Рівненська	265	2,5	51,4	30,3	15,8
Сумська	225	0,9	42,0	34,6	22,5
Тернопільська	253	5,1	41,9	32,7	20,3
Харківська	508	3,5	47,9	32,7	15,9
Херсонська	229	1,8	45,5	34,0	18,7
Хмельницька	239	0,8	56,1	35,6	7,5
Черкаська	241	1,7	41,5	34,4	22,4
Чернівецька	193	1,9	39,6	41,3	17,3
Чернігівська	209	1,5	45,2	32,1	21,2
м. Київ	669	2,7	50,0	34,1	13,1

За соціально-демографічними характеристиками частка респондентів з надмірною вагою та ожирінням збільшувалася з віком, мала місце серед людей без вищої освіти та доходом домогосподарства до 2500 грн на особу більше, ніж серед респондентів з вищою освітою і вищим доходом (*рис. 1.15*).

Різниці у значеннях ІМТ в 2016 і 2017 роках не було.

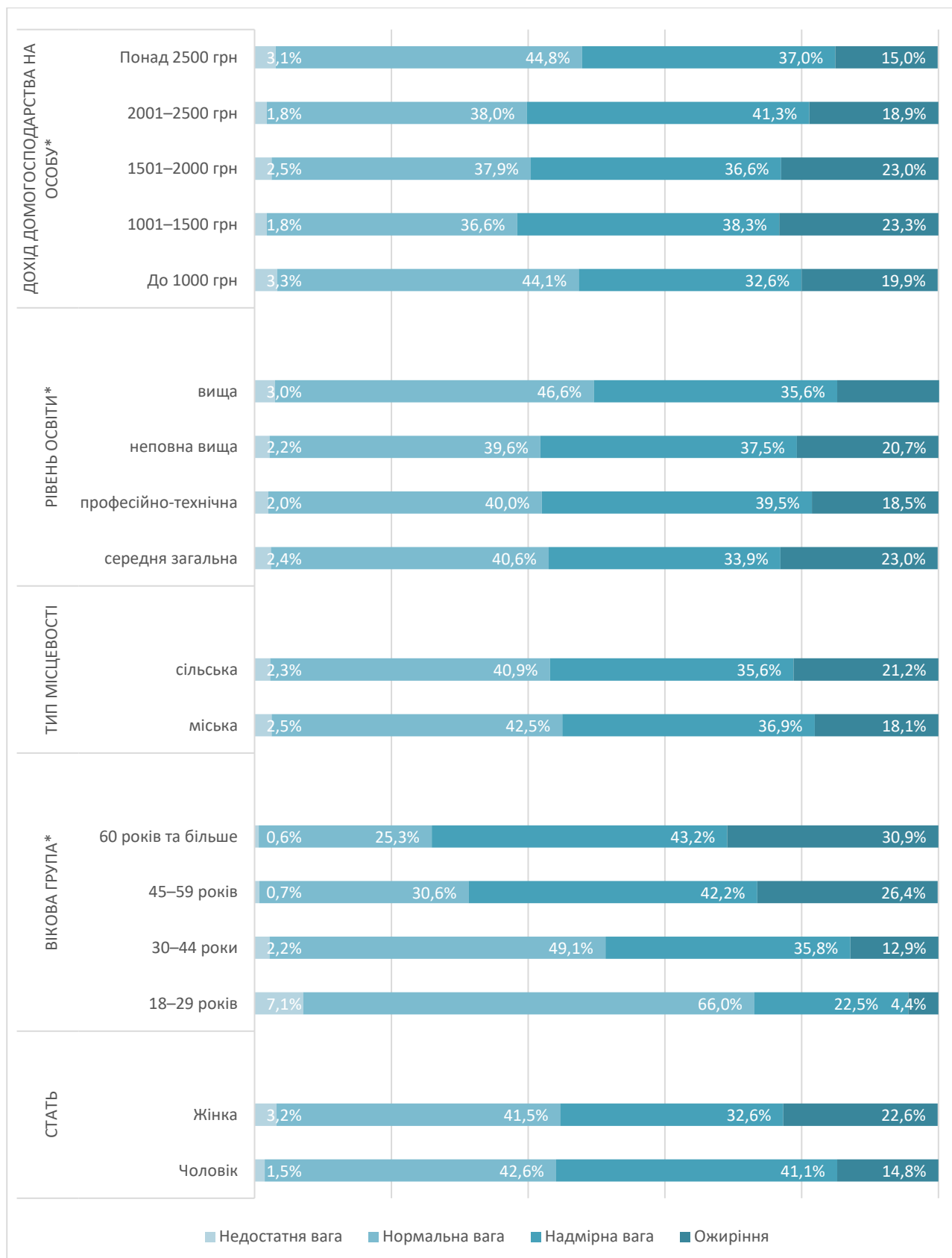


Рис. 1.15. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками коефіцієнта Індекс маси тіла (* Різниця між групами статистично значуща)

1.5. (Не)здоровий спосіб життя

Поведінка респондентів щодо **куріння** визначалася із запитань «Ви зараз курите тютюнові вироби (наприклад, сигарети) щодня, не кожного дня чи зовсім не курите?» і, якщо так, то «Скільки сигарет в середньому Ви викарєте зараз за день?». Далі поведінку щодо куріння було класифіковано так: 1) ті, хто зовсім не курять (відповіли на перше питання «зовсім не курю»); 2) ті, хто курить нерегулярно (відповіли на перше питання «курю не кожного дня»); 3) ті, хто курить легко (курять щодня й викарють за день до 10 сигарет); 4) ті, хто курить помірно (курять щодня й викарють за день від 10 до 19 сигарет); 5) ті, хто курить багато (курять щодня й викарють за день 20 сигарет і більше)¹². Усього 10 079 респондентів (99,0%) надали дані щодо їхнього статусу щодо куріння.

Три з чотирьох опитаних сказали, що зараз не курять (76,1%). Серед решти більшість курили помірно (9,5%) або багато (8,5%). Тільки 5,9% дорослих українців курили легко або нерегулярно.

Найбільша частка курців була серед мешканців Хмельницької області (32,8%); найменша — серед мешканців Рівненської області (14,0%) (*рис. 1.16*).

¹²Maryland's Tobacco Resource Center: LightandIntermittentSmokers: <https://mdquit.org/special-populations/light-and-intermittent-smokers>.
Boulos, D. N. K., Loffredo, C. A., ElSetouhy, M., Abdel-Aziz, F., Israel, E., & Mohamed, M. K. (2009). Nondaily, lightdaily, and moderate-to-heavy cigarettesmokersin a ruralareaofEgypt: A population-based survey. *Nicotine&TobaccoResearch*, 11(2), 134–138:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2658907/>

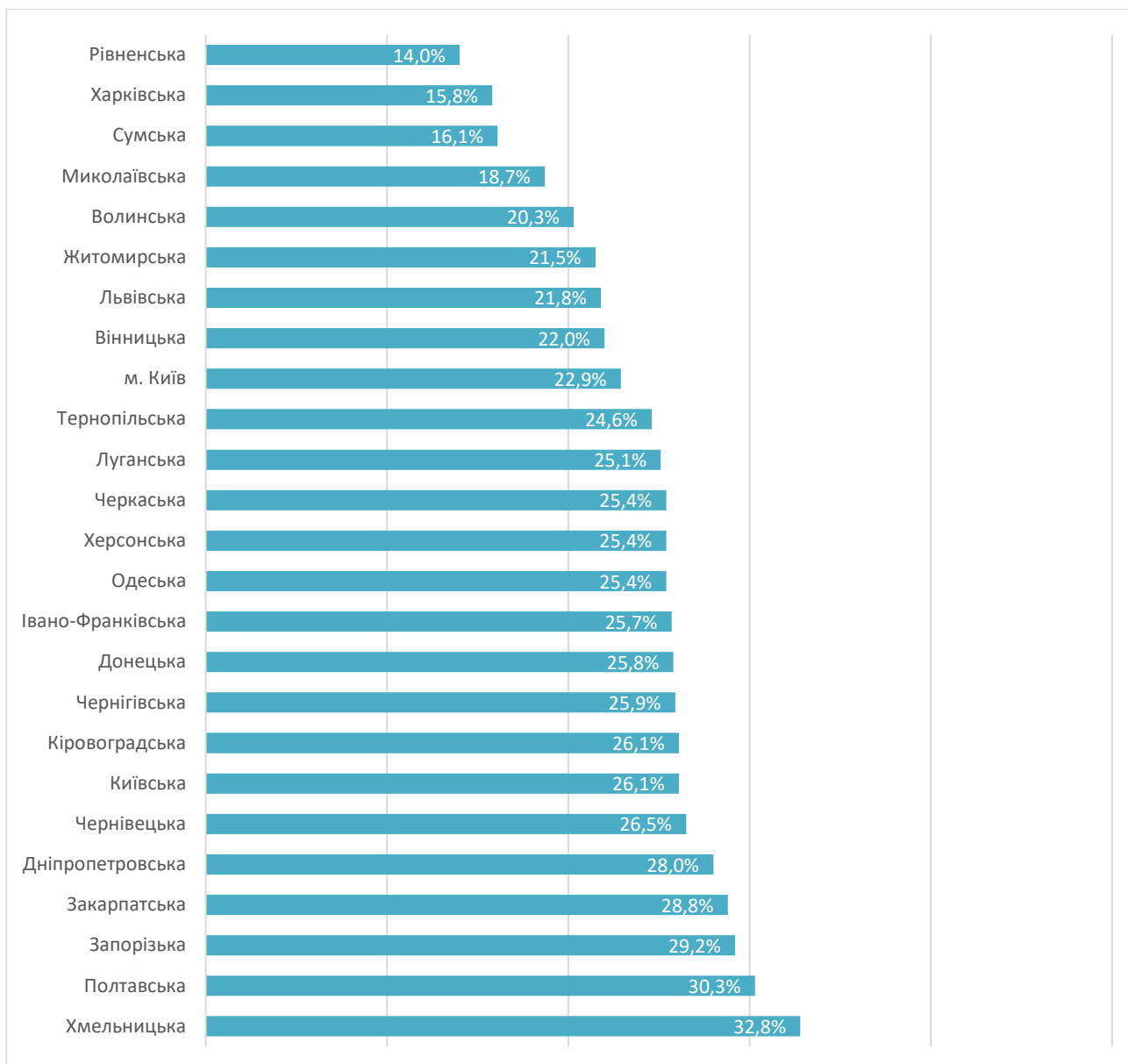


Рис. 1.16. Розподіл за областями ствердних відповідей на запитання «Ви зараз курите тютюнові вироби (наприклад, сигарети) щодня, не кожного дня чи зовсім не курите?»

Серед чоловіків було майже в шість разів більше курців, ніж серед жінок (44,6% і 7,6% відповідно), більшість курців становили люди віком до 60 років та респонденти з професійно-технічною освітою. Зі збільшенням доходу частка курців також зростала. Серед містян і селян частка курців не відрізнялася (*табл. 1.8*).

За інтенсивністю куріння більша частка курців, які курили помірно або багато, була серед чоловіків, селян, зростала з віком (серед людей віком до 60 років) і зменшувалася з підвищенням рівня освіти та збільшенням доходу (*рис. 1.15 і табл. 1.9*).

Табл. 1.8. Частка курців та інтенсивність куріння: розподіл за соціально-демографічними характеристиками

Соціально-демографічні характеристики		Серед усіх: частка курців			Серед курців: розподіл за інтенсивністю куріння					Значу- щість різниці, %
		N	%	значущість різниці	N	нерегу- лярно, %	легко, %	помірно, %	багато, %	
СТАТЬ	чоловік	4568	44,6	< 0,05	1996	10,0	10,4	39,5	40,1	< 0,05
	жінка	5559	7,6		413	19,9	26,4	40,4	13,3	
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	1971	29,1	< 0,05	562	15,4	13,9	38,9	31,8	< 0,05
	30–44 роки	2828	33,8		937	10,8	13,5	40,0	35,8	
	45–59 років	2608	25,0		639	11,0	10,1	40,4	38,5	
	60 років і більше	2719	10,1		270	9,0	17,5	38,4	35,2	
ТИП МІСЦЕВОСТІ	міська	6969	24,4	незначущо	1673	12,2	14,4	41,5	31,9	< 0,05
	сільська	3157	23,9		735	10,6	10,2	35,5	43,7	
ОСВІТА	середня загальна	2397	24,1	< 0,05	559	8,3	12,9	36,4	42,4	< 0,05
	професійно-технічна	2001	32,8		646	8,9	12,5	39,5	39,1	
	неповна вища	2891	23,3		659	13,7	11,7	42,0	32,7	
	вища	2830	19,3		543	16,3	15,8	40,5	27,4	
ДОХІД ДОМОГОСПО- ДАРСТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	1198	24,2	< 0,05	286	7,8	15,8	36,6	39,9	< 0,05
	1001–1500 грн	2108	16,9		351	11,5	13,2	38,7	36,7	
	1501–2000 грн	1621	18,8		301	13,9	14,4	37,5	34,2	
	2001–2500 грн	835	27,1		225	12,0	10,7	44,0	33,2	
	понад 2500 грн	1388	29,9		414	14,2	12,7	47,9	25,2	

Вживання алкоголю

Рівень вживання алкоголю був класифікований за кількома питаннями. Спочатку всім ставили запитання: «Впродовж останніх 12 місяців як часто Ви вживали алкогольні напої?» (варіанти відповіді: «майже щодня», «3–4 дні на тиждень», «1–2 дні на тиждень», «1–3 дні на місяць», «рідше, ніж раз на місяць, або ніколи»). Потім тим, хто вживав алкоголь хоча б один раз на місяць протягом останнього року, ставили запитання «Які саме алкогольні напої Ви вживали у типовий день? Скільки мілілітрів?» (варіанти алкогольних напоїв: «пиво», «вино», «горілка, міцні напої»).

Для тих, хто вживав алкоголь хоча б один раз на місяць протягом останнього року, було пораховано середню кількість порцій алкоголю в типовий день і середню кількість порцій алкоголю на тиждень¹³.

Після цього рівні вживання алкоголю було класифіковано так: для чоловіків помірним вважалось вживання алкоголю до 14 порцій на тиждень включно, надмірним — 15 і більше порцій алкоголю на тиждень або 5 порцій алкоголю за один день; для жінок помірним вважалось вживання до 7 порцій алкоголю на тиждень включно, надмірним — 8 і більше порцій алкоголю на тиждень або 4 порції алкоголю за один день¹⁴.

Всього 9671 респондент (95,0%) відповів на запитання про вживання алкоголю. З них три чверті (74,7%) сказали, що не вживали алкоголь взагалі протягом останнього року або вживали його рідше, ніж раз на тиждень; майже десята частина (8,6%) вживали алкоголь надмірно і 16,7% респондентів вживали алкоголь помірно протягом останнього року.

Найменше вживали алкоголь у Миколаївській області, а саме 97,8% респондентів протягом останнього року вживали його рідше, ніж раз на місяць, або не вживали взагалі. Найбільше — в Запорізькій області. Там майже половина респондентів (44,1%) вживала алкоголь регулярно протягом останнього року, і майже кожний п'ятий мешканець (17,1%) — надмірно (*рис. 1.17*).

За соціально-демографічними характеристиками більша частка регулярних споживачів алкоголю була серед чоловіків (42,3% проти 12,0%), людей середнього віку, з професійно-технічною освітою і вищим доходом. Серед містян і селян була однакова частка тих, хто вживав алкоголь взагалі протягом минулого року, проте більша частка тих серед них, хто вживав його надмірно (*рис. 1.18*).

¹³1 порція алкоголю = 350 мл пива = 150 мл вина = 50 мл міцних напоїв // National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: What is a standard drink: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/what-standard-drink>.

¹⁴National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Drinking levels defined: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.

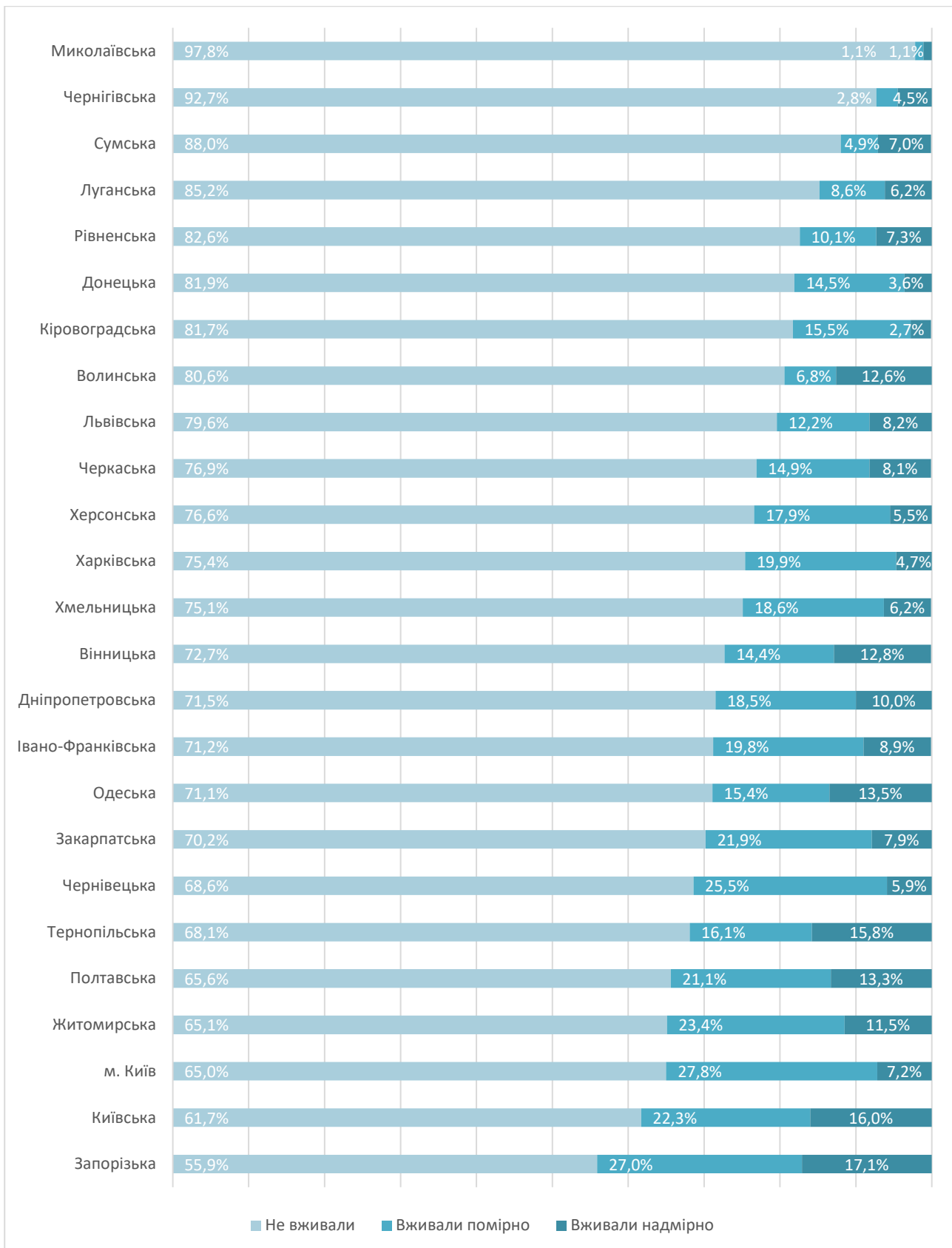


Рис. 1.17. Розподіл за областями відповідей на запитання «Впродовж останніх 12 місяців як часто Ви вживали алкогольні напої?»

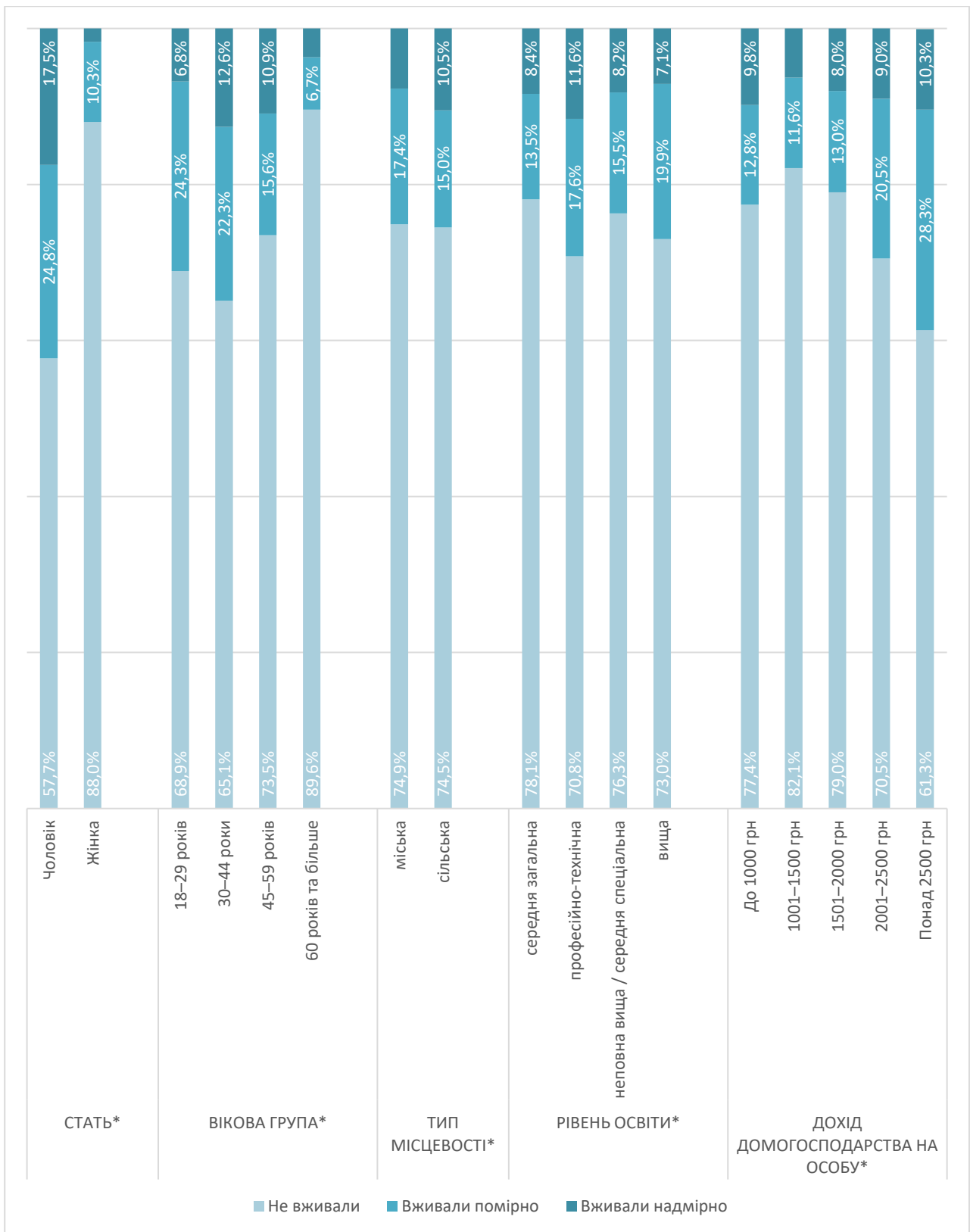


Рис. 1.18. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Впродовж останніх 12 місяців як часто Ви вживали алкогольні напої?» (* Різниця між групами статистично значуща)

Вживання фруктів

Рівні вживання фруктів були порашовані за запитанням «Протягом останніх 7 днів скільки кілограмів свіжих фруктів або ягід (яблук, груш, бананів, апельсинів тощо) Ви особисто спожили?». Цю вагу було перераховано в кількість фруктів на день¹⁵ і класифіковано, з урахуванням рекомендацій ВООЗ вживати п'ять порцій фруктів і овочів на день¹⁶. Таким чином, вживання двох–трьох порцій фруктів на день ми вважали достатнім (припускаючи, що решта була доповнена овочами), одного фрукта на день — недостатнім, а чотирьох фруктів на день і більше — більше, ніж достатнім. Всього 7766 респондентів (76,3%) змогли оцінити свої обсяги вживання фруктів на тиждень.

Респонденти поділилися приблизно порівну між чотирма можливими варіантами вживання фруктів (протягом тижня перед опитуванням). Четверть опитаних вживали багато фруктів протягом останнього тижня (26,9%) і ще четверть — достатньо (23,4%). Кожний третій вживав мало фруктів (34,3%), і 15,5% респондентів не вживали фруктів протягом тижня перед опитуванням взагалі.

Найбільше вживали фруктів у Херсонській області (81,8% опитаних вживали достатньо або багато фруктів протягом останнього тижня) і найменше — в Житомирській (тільки 23,2% респондентів вживали достатньо або багато фруктів) (*табл. 1.9*).

Більше вживали фрукти жінки, люди молодшого віку, містяни, люди з вищою освітою і більшим доходом (*табл. 1.10*).

Фізична активність

Рівень фізичної активності респондентів було оцінено за відповіддю на запитання «Скільки часу на тиждень Ви маєте фізичні навантаження хоча б середньої інтенсивності?». До фізичних навантажень середньої інтенсивності належали не тільки цілеспрямовані заняття спортом, а також ходіння пішки, їзда на велосипеді, робота на городі тощо — так, щоб задихатися або спітніти. Всього 7938 респондентів (77,9%) відповіли на це питання.

¹⁵1 фрукт = 100 грам.

¹⁶<http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/>.

Табл. 1.9. Розподіл за областями відповідей на запитання «Протягом останніх 7 днів скільки кілограмів свіжих фруктів або ягід (яблук, груш, бананів, апельсинів тощо) Ви особисто спожили?»

Region	N	Не вживав, %	Мало, %	Достатньо, %	Багато, %
УКРАЇНА	7766	15,5	34,3	26,9	23,4
Вінницька	318	16,5	27,4	28,2	27,9
Волинська	165	16,4	31,9	18,3	33,3
Дніпропетровська	633	11,1	28,0	31,1	29,8
Донецька	625	28,6	38,1	14,9	18,4
Житомирська	236	35,7	41,1	11,1	12,1
Закарпатська	262	8,2	23,9	29,2	38,7
Запорізька	341	9,6	23,4	22,4	44,6
Івано-Франківська	276	12,0	38,8	24,0	25,3
Київська	345	26,8	23,2	21,2	28,9
Кіровоградська	122	5,0	34,2	45,1	15,7
Луганська	370	19,4	29,8	40,3	10,4
Львівська	506	11,0	44,6	26,1	18,2
Миколаївська	194	11,5	41,8	32,2	14,5
Одеська	508	18,6	26,0	24,8	30,6
Полтавська	168	22,6	27,5	26,6	23,4
Рівненська	245	8,0	40,4	30,2	21,4
Сумська	234	7,7	54,0	25,1	13,3
Тернопільська	205	23,0	41,6	18,8	16,6
Харківська	486	3,7	58,3	33,4	4,6
Херсонська	198	2,8	15,5	29,9	51,9
Хмельницька	181	20,0	35,4	29,7	14,8
Черкаська	196	33,2	26,5	24,3	16,0
Чернівецька	197	8,0	21,6	37,0	33,4
Чернігівська	194	27,9	20,1	29,3	22,8
м. Київ	559	7,3	39,9	29,1	23,7

Табл. 1.10. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Протягом останніх 7 днів скільки кілограмів свіжих фруктів або ягід (яблук, груш, бананів, апельсинів тощо) Ви особисто спожили?»

Соціально-демографічні характеристики		N	Не вживав /ла, %	Мало, %	Достатньо, %	Багато, %
СТАТЬ*	чоловік	3341	17,9	34,6	27,8	19,6
	жінка	4425	13,6	34,1	26,1	26,2
ВІКОВА ГРУПА*	18–29 років	1604	7,1	32,8	29,3	30,8
	30–44 роки	2213	12,5	33,4	29,1	25,0
	45–59 років	1964	15,1	34,6	28,0	22,3
	60 років та більше	1984	25,9	36,2	21,3	16,6
ТИП МІСЦЕВОСТІ*	міська	5320	14,0	35,1	27,6	23,3
	сільська	2446	18,7	32,5	25,3	23,4
ОСВІТА*	середня загальна	1770	25,6	32,9	21,5	20,0
	професійно-технічна	1472	20,4	35,1	24,1	20,5
	неповна вища	2215	12,5	36,9	27,3	23,3
	вища	2300	7,4	32,4	32,4	27,8

* Різниця статистично значуща

З десяти респондентів п'ять мали фізичні навантаження середньої інтенсивності більше ніж 1,5 год. на день (48,3%). Ще двоє (21,0%) мали зазвичай фізичні навантаження від 40 хв. до 1,5 год. на день, одна людина (8,2%) — від 20 до 40 хв. на день¹⁷ і ще одна — до 20 хв. на день (12,1%). Тільки одна людина з десяти опитаних, за свідченнями самих респондентів, не мала взагалі фізичних навантажень середньої інтенсивності протягом дня або тижня (10,5%).

Найменше часу, за самоповідомленням, мали фізичні навантаження хоча б середньої інтенсивності в м. Києві (5 годин на тиждень) та Луганській області (6 годин на тиждень). Про найтриваліший час фізичних навантажень середньої інтенсивності повідомили мешканці Тернопільської області (майже 42 години на тиждень).

Фізичні навантаження середньої інтенсивності більше ніж 1,5 години на тиждень практикували 87,4% мешканців Кіровоградської області і тільки 10,1% мешканців м. Києва. Жодних фізичних навантажень хоча б середньої інтенсивності було найбільше серед мешканців м. Києва (38,8%) і Львівської області (29,1%) і найменше або зовсім не було — серед мешканців Харківської та Миколаївської областей (0% та 0,8% відповідно) (*табл. 1.11*).

Про вищі рівні фізичних навантажень хоча б середньої інтенсивності повідомляли чоловіки, люди віком до 60 років, селяни і люди з нижчим рівнем доходів і середньою загальною або неповною вищою освітою.

Порівняння результатів 2017 та 2016 років

Порівняно з 2016 роком, частка щоденних **курців** зменшилася на 4% (з 25% до 21%). Відповідно частка людей, які не курять, збільшилася на ту саму величину. Частка осіб, які курять нерегулярно, не змінилася. Інтенсивність куріння серед курців не змінилася.

У 2017 році питання щодо **вживання алкоголю** ставилися й аналізувалися дещо інакше, проте можна приблизно порівняти частоту вживання будь-яких алкогольних напоїв. Наразі частота вживання алкоголю у 2017 році порівняно з 2016 роком суттєво не змінилась.

У 2017 році респондентів просили оцінити обсяги вживання ними **фруктів** у кілограмах на тиждень, а в 2016 році — у штуках. Так, 15,5% опитаних у 2017 році і 19% опитаних у 2016 році сказали, що не вживали фруктів взагалі протягом тижня перед проведенням опитування. Частоту вживання фруктів неможливо порівняти за опублікованими даними.

Свою **фізичну активність** у 2017 році просили оцінити в часі на тиждень, а в 2016 році — в частоті фізичних навантажень. Про те, що не мали жодних фізичних навантажень повідомляли 11% респондентів у 2016 році і 10,5% респондентів у 2017 році. Інтенсивність фізичних навантажень серед решти порівняти неможливо.

¹⁷Норма, рекомендована для дорослих ВООЗ: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/.

Табл. 1.11. Розподіл за областями відповідей на запитання «Скільки часу на тиждень Ви маєте фізичні навантаження хоча б середньої інтенсивності?»

Регіон	N	Не мають фізичних навантажень, %	До 20 хв. на день, %	21–40 хв. на день (рекомендовано), %	41–90 хв. на день, %	Більше ніж 1,5 год. на день, %
<i>УКРАЇНА</i>	7938	10,5	12,1	8,2	21,0	48,3
Вінницька	320	7,4	9,0	7,1	27,1	49,4
Волинська	165	3,8	7,7	5,8	20,4	62,3
Дніпропетровська	697	10,2	20,8	11,7	19,8	37,6
Донецька	761	5,2	3,9	4,5	14,2	72,2
Житомирська	243	5,2	23,9	6,9	15,7	48,3
Закарпатська	261	2,2	6,1	7,0	31,0	53,8
Запорізька	289	4,6	18,6	19,1	40,5	17,2
Івано-Франківська	287	5,5	8,4	3,7	18,1	64,3
Київська	365	1,3	4,7	4,3	19,3	70,4
Кіровоградська	27	2,6	0,0	2,0	7,9	87,4
Луганська	196	4,7	51,6	10,1	15,5	18,1
Львівська	575	29,1	9,9	17,0	22,1	21,9
Миколаївська	151	0,8	8,8	15,8	35,7	39,0
Одеська	486	7,5	18,3	3,3	16,5	54,5
Полтавська	163	11,5	4,1	3,7	28,9	51,7
Рівненська	244	1,6	27,4	12,9	24,9	33,2
Сумська	233	6,0	5,6	2,7	31,6	54,0
Тернопільська	249	11,1	2,4	1,4	8,4	76,6
Харківська	507	0,0	2,4	5,4	18,6	73,7
Херсонська	210	17,8	10,8	3,2	11,4	56,9
Хмельницька	177	3,6	19,4	14,4	45,5	17,1
Черкаська	220	7,2	4,4	3,1	23,8	61,5
Чернівецька	207	3,2	10,0	4,0	22,3	60,5
Чернігівська	228	12,6	1,7	0,4	7,7	77,7
м. Київ	682	38,8	16,9	15,2	19,0	10,1

1.6. Навколишнє середовище

У межах опитування респонденти відповідали на запитання, як би вони оцінили різні аспекти навколишнього середовища. Кількість і частка осіб, які оцінили кожен з аспектів, наведено в *табл. 1.12*.

Близько третини респондентів оцінили кількість відкритих спортивних майданчиків і стан обладнання на них як «добрий» або «дуже добрий» (35,5% і 32,3% відповідно) (*рис. 1.19*). Трохи більша частка респондентів оцінили як «добрий» або «дуже добрий» (45,5% і 37,7% відповідно) кількість і стан дитячих майданчиків. Сім із десяти опитаних оцінили позитивно наявність «зелених зон» (дерев, парків, алей, газонів тощо) (67,8%), проте тільки половина опитаних задоволені екологічною ситуацією (чистотою повітря, води тощо) (43,9%). Ситуацію з наявністю велосипедних доріжок оцінили як «добру» або «дуже добру» тільки 10% дорослих українців. Нарешті, дві третини (67,8%) і половина (43,7%) респондентів сказали, що безпека вдень / вночі є «доброю» або «дуже доброю».

Загалом навколишній простір оцінили як «добрий» або «дуже добрий» 51% опитаних, як «посередній» (ні добре, ні погано) — 36,4% опитаних і як «поганий» або «дуже поганий» — 12,6% опитаних.

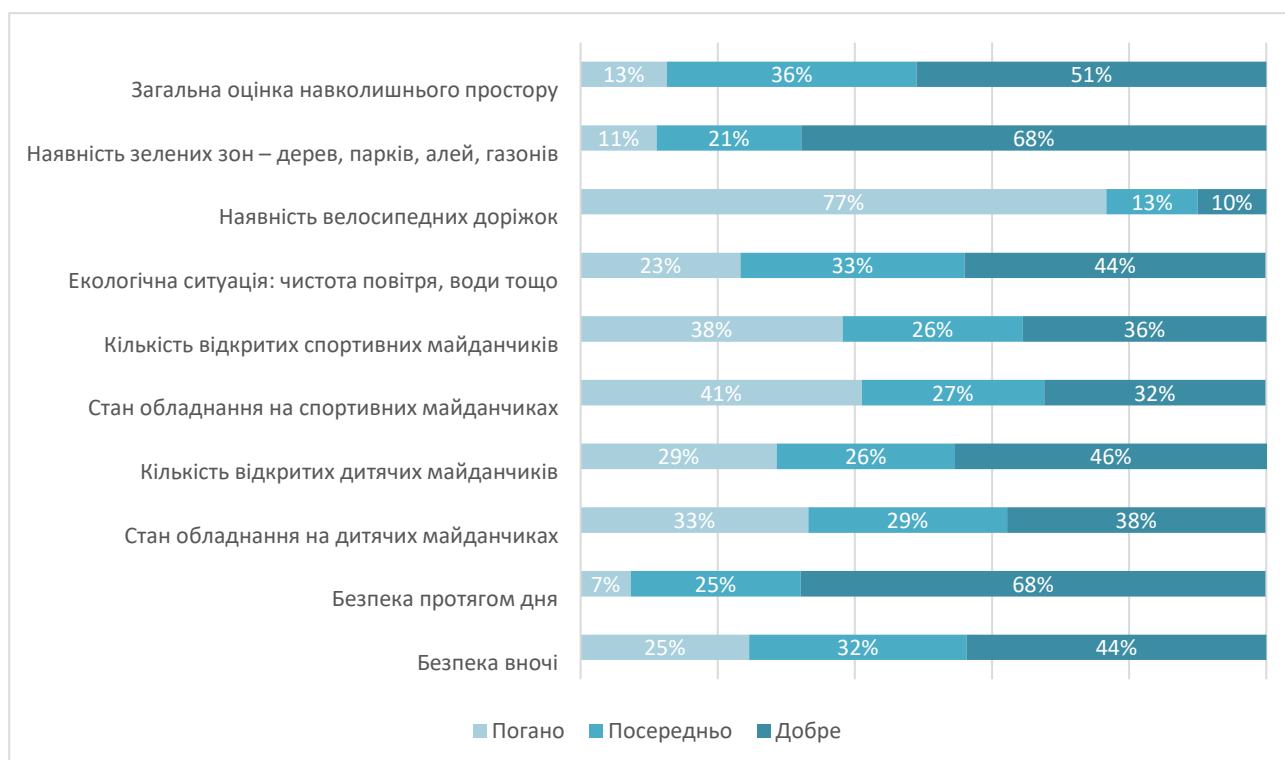


Рис. 1.19. Загальний розподіл відповідей на запитання «Як би Ви оцінили ту місцевість, де Ви живете?»

Кількість і стан відкритих спортивних майданчиків найкраще оцінювали в Харківській області (67% і 61% відповідно) і найгірше — в Запорізькій (6% і 7%) та Кіровоградській (8% і 4%) областях (*табл. 1.12*). Майже така сама ситуація була з кількістю і станом дитячих майданчиків. Найбільша частка респондентів оцінила її як «добру» або «дуже добру» серед мешканців Харківської області (73% і 59% відповідно). Найменша частка опитаних мешканців Запорізької області оцінила кількість відкритих дитячих майданчиків як «добру» або «дуже добру» (14%) і найменша частка (7%) серед мешканців Кіровоградської області оцінила добре стан обладнання на них у своїй області.

Наявність зелених зон та екологічна ситуація у своєму навколишньому середовищі найвище була оцінена мешканцями Чернігівської області (95% і 68%) і найгірше — мешканцями Запорізької (33% і 20%). Мешканці Чернігівської області кількістю велосипедних доріжок були задоволені найменше серед усіх в Україні (1%), а мешканці Харківської області — найбільше (35%). Щодо оцінювання безпеки протягом дня і вночі мешканці Кіровоградської та Запорізької областей висловлювали протилежні думки. Так, мешканці Кіровоградської області оцінювали обидва аспекти найвище в Україні (98% і 94%, відповідно), а мешканці Запорізької області — найнижче (32% і 12% відповідно). Загальна оцінка навколишнього простору як «добрий» або «дуже добрий» коливалася від 75% у Вінницькій області до 33% у Миколаївській, і найнижчою була, знов-таки, у Запорізькій (8%).

Порівняння результатів 2017 та 2016 років

Загальна оцінка навколишнього простору трохи зросла у 2017 році порівняно з 2016 роком. Загальна частка тих, хто оцінив навколишній простір як «дуже добре» або «добре», зросла із 45% до 51%. Частка осіб, які оцінили наявність зелених зон як «добру» або «дуже добру», також зросла на 7% (із 61% у 2016 році до 69% у 2017 році). Частка респондентів, які оцінили наявність велосипедних доріжок як «добру» або «дуже добру», залишилася такою самою. Про оцінку екологічної ситуації у 2016 році не запитували.

Оцінка кількості і стану обладнання відкритих спортивних і дитячих майданчиків покращилася у 2017 році порівняно з 2016 роком. Так, позитивна оцінка («добре» або «дуже добре») кількості відкритих спортивних майданчиків зросла на 8%; позитивна оцінка стану відкритих спортивних майданчиків зросла на 6%. Частка респондентів, які оцінили кількість відкритих дитячих майданчиків як «добру» або «дуже добру», зросла на 10%, а частка опитаних, яка вважала, що стан обладнання на них у хорошому стані, збільшилася на 3%.

Нарешті, на 10% більше респондентів стали оцінювати безпеку протягом дня як «добру», і на 4% більше респондентів оцінили безпеку вночі як «добру» у 2017 році порівняно з 2016 роком.

Табл. 1.12. Розподіл за областями відповідей на запитання «Як би Ви оцінили ту місцевість, де Ви живете?»
(ті, хто оцінив кожний з аспектів як «добре» або «дуже добре», %)

Region	Загальна оцінка навколишнього простору		Кількість відкритих спортивних майданчиків		Стан обладнання на спортивних майданчиках		Кількість відкритих дитячих майданчиків		Стан обладнання на дитячих майданчиках		Наявність зелених зон — дерев, парків, алей, газонів		Безпека протягом дня		Безпека вночі		Наявність велосипедних доріжок		Екологічна ситуація: чистота повітря, води тощо	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
УКРАЇНА	5099	51,0	3222	35,5	2850	32,3	4251	45,5	3443	37,7	6814	67,8	6649	67,8	3769	43,7	836	10,0	4383	43,9
Вінницька	371	74,9	342	49,7	335	46,3	355	57,7	347	51,6	378	81,2	375	84,5	330	69,4	312	24,0	371	54,7
Волинська	238	68,1	198	31,8	195	24,6	204	37,7	201	29,9	241	82,2	242	66,1	236	61,9	160	11,3	241	66,4
Дніпропетр.	768	33,7	748	43,6	712	44,8	761	61,5	742	55,5	770	62,6	752	52,8	705	35,7	717	13,1	768	25,3
Донецька	973	60,2	792	25,3	773	27,0	934	50,1	909	39,2	978	70,9	958	63,9	526	26,0	587	3,6	980	54,2
Житомирська	297	52,2	259	51,4	254	47,2	261	54,0	251	38,6	295	70,8	293	75,8	293	45,7	232	11,6	294	29,3
Закарпатська	300	57,3	291	32,0	283	24,7	289	31,5	283	24,0	299	68,2	295	80,7	291	64,3	287	7,3	299	57,9
Запорізька	414	8,2	385	5,5	354	6,8	403	14,4	385	16,1	413	33,2	393	32,3	376	11,7	387	0,8	409	20,3
Івано-Франківська	325	43,7	314	43,9	306	37,9	306	38,2	288	33,3	324	71,3	322	79,2	308	66,2	302	7,6	324	41,0
Київська	411	56,7	381	42,3	394	51,5	363	50,1	394	48,5	412	60,9	413	59,3	394	35,8	357	13,7	402	36,1
Кіровоград.	215	47,0	146	8,2	131	3,8	182	16,5	159	6,9	229	82,1	230	98,3	172	93,6	144	9,7	228	51,3
Луганська	512	64,6	435	22,3	430	21,6	463	31,1	459	32,5	514	66,5	472	80,7	361	65,9	468	3,0	511	67,1
Львівська	601	43,1	577	51,0	568	47,0	577	68,6	573	59,2	602	80,1	602	89,5	570	69,6	553	8,3	596	34,9
Миколаївськ.	272	33,1	253	22,1	251	20,3	251	23,9	249	20,5	273	59,7	262	43,1	219	24,7	257	1,6	273	29,7
Одеська	559	44,0	501	27,3	477	19,5	494	33,4	472	24,8	559	75,0	556	68,7	471	34,4	479	0,8	560	45,4
Полтавська	336	57,1	309	29,1	325	23,7	309	31,7	328	23,5	340	78,2	335	69,6	312	33,7	304	2,0	335	46,0
Рівненська	269	53,2	270	39,3	265	34,7	264	34,8	261	33,0	275	60,4	270	60,4	271	43,2	254	33,1	269	44,2
Сумська	263	33,8	240	10,4	241	11,2	242	14,5	242	7,0	265	60,8	248	46,8	240	43,8	234	4,7	264	42,4
Тернопільська	254	61,8	250	21,2	250	20,8	251	28,3	251	27,9	254	71,7	254	91,7	254	80,3	247	4,9	255	39,6
Харківська	636	69,2	572	66,6	510	61,2	594	73,1	520	56,3	641	57,7	635	68,0	507	32,0	393	35,1	636	47,2
Херсонська	251	69,7	240	46,3	230	40,4	241	55,6	238	43,7	251	82,9	252	75,0	227	29,5	202	11,9	253	66,0
Хмельницька	289	68,9	250	44,8	247	42,5	249	43,4	247	36,8	299	80,3	225	58,7	217	43,8	222	12,6	279	60,9
Черкаська	295	39,3	225	28,4	203	26,6	229	39,7	212	31,6	290	63,1	279	47,7	258	30,2	196	12,8	293	36,5
Чернівецька	217	50,7	212	19,8	210	13,3	213	17,8	212	16,5	217	73,3	215	59,5	212	40,6	209	15,8	216	51,4
Чернігівська	246	66,3	219	42,5	213	41,3	228	64,5	227	54,2	248	94,8	240	67,9	221	57,5	221	0,5	244	68,4
м. Київ	685	39,1	668	36,7	655	22,7	679	58,5	680	42,9	685	49,6	684	74,9	649	21,4	626	10,1	685	24,2

Розділ 2

РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ДОСВІД У РАЗІ ХВОРОБИ

Авторка розділу:

- *Олександра Бетлій, Інститут економічних досліджень та політичних консультацій*

Основні результати розділу

- Найпоширенішою формою скринінгу у 2017 році була флюорографія, яку частіше проходили пацієнти у віці 18–39 років.
- Відсоток чоловіків, які робили ЕКГ, є вищим для молодшої вікової групи (42,8%), і, навпаки, 48% жінок у віці понад 40 років робили кардіограму протягом останнього року.
- Серед опитаних жінок 47,5% повідомили, що відвідали гінеколога, причому лише 37,9% жінок у віці понад 40 років відповіли ствердно на це запитання.
- Лише 13,4% та 14,9% пацієнтів у 2017 році проходили принаймні два з вищезазначених оглядів у, відповідно, Кіровоградській та Волинській областях. Водночас у Чернівецькій області частка таких пацієнтів становила 67,5%.
- Найчастіше українці не звертаються по допомогу до лікаря через те, що знають як лікуватися з попереднього досвіду.
- Основними причинами незвернення до лікаря були занадто дороге лікування (22,9% опитаних осіб) та довгі черги в медичних закладах (19,5%), а 11,2% респондентів не пішли до лікарів, оскільки не довіряють їхній кваліфікації.

Профілактика хвороб — це невід’ємна частина системи громадського здоров’я, покликана сприяти зниженню захворюваності та ліпшому стану здоров’я населення. Вона знижує необхідні видатки на охорону здоров’я як з боку населення, так і з боку держави, сприяє більшому рівню очікуваної тривалості життя. Основними компонентами є скринінг, імунізація та заходи з укріплення здоров’я, що включають освіту, наприклад, щодо здорового способу життя.

Скринінг як один із елементів профілактики допомагає якомога раніше виявити хворобу та сприяє більшій імовірності успішного лікування. Скринінги можуть включати

лише один або ж кілька аналізів та/чи обстежень. Керівництво ВОЗ щодо скринінгу визначає кілька його видів відповідно до так званих критеріїв Вільсона (Вільсон, 1968р.)¹⁸:

1. Масовий публічний скринінг здоров'я: стосується всього населення або окремої групи, не враховує ризикового статусу осіб. Скринінг всього населення є дорогою інтервенцією, і тому його дедалі менше використовують у світі, натомість використовують наступні підходи.
2. Скринінг груп високого ризику, вибіркового скринінг: включає лише осіб у ризиковій групі – це можуть бути вікові, статеві або професійні групи.
3. Індивідуальний скринінг: стосується окремої людини.

При запровадженні скринінгу варто враховувати кілька критеріїв, які, зокрема, включають: (а) важливість проблеми для здоров'я, яку намагаються виявити за допомогою скринінгу, (б) лікування конкретної хвороби має існувати й бути наявності та (в) вартість скринінгу повинна бути економічно збалансована.

В Україні існують як масові, так в вибіркові скринінги¹⁹. Відповідно до українського законодавства визначено обов'язковими скринінг на туберкульоз дорослого населення за допомогою флюорографії. За проходження населенням цього скринінгу відповідають терапевти та сімейні лікарі, які також спрямовують жінок на огляд до гінекологів. Усіх вагітних жінок перевіряють також на захворювання на ВІЛ/СНІД. Ці три види скринінгів було запроваджено внаслідок високих рівнів захворюваності на туберкульоз, рак матки та ВІЛ/СНІД порівняно з іншими країнами. Водночас обов'язковість цих скринінгів досить умовна, оскільки флюорографію та обстеження у гінеколога проходять лише особи, які звернулись до дільничних лікарів первинної ланки в разі проблем зі здоров'ям.

Також визначено обов'язковим неонатальний скринінг дітей одразу після народження. Він включає огляд лікаря й аналіз на чотири захворювання: фунікетонурію (ФКУ), вроджений гіпотиреоз, муковісцидоз (МВ), адреногенітальний синдром (АГС).

Через високий рівень смертності від серцево-судинних хвороб терапевти на кожному огляді зобов'язані перевіряти тиск пацієнтів. Обов'язковими є регулярні огляди школярів, які включають проведення тесту Руф'є. Окремі види скринінгу є обов'язковими для окремих груп професій²⁰. Зокрема, вони включають працівників сфери освіти та охорони здоров'я, роздрібної торгівлі, а також інших професій із високим рівнем імовірності захворіти на інфекційні хвороби.

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

¹⁹ Обов'язкові скринінги запроваджено відповідно до кількох Державних програм, а також наказами Міністерства охорони здоров'я.

²⁰ Наказ Міністерства охорони здоров'я, №246 від 21.05.2007: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0846-07/print1439669860884703> (дата звернення 20.11.17 р.).

Іншим важливим елементом профілактики є вакцинація. В Україні Міністерство охорони здоров'я затверджує календар щеплень для дітей, за виконання якого відповідають педіатри та сімейні лікарі. Водночас рівень вакцинації дітей в країні залишається низьким. Так, за інформацією ООН у 2016 році лише 30% дітей було охоплено щепленнями від кору, 10% — від гепатиту В і лише 3% — від дифтерії, коклюшу та правця. Такий стан речей пов'язаний із низькою довірою до лікарів, незадовільною обізнаністю щодо важливості щеплень, а також часто відсутністю необхідних щеплень у медичних закладах.

З огляду на таку ситуацію стає надзвичайно важливою система заходів щодо укріплення здоров'я (*healthpromotion*). За визначенням ВОЗ, така система дає можливість людям підвищити контроль над своїм здоров'ям та його визначниками й у такий спосіб поліпшити своє здоров'я²¹. Сьогодні ВОЗ визначає важливим перехід до формування політики держави у будь-якій сфері з огляду на її вплив на здоров'я. Водночас в Україні починають розбудовувати систему заходів зі зміцнення здоров'я, проводяться активні кампанії щодо корисності занять спортом, негативного впливу на здоров'я тютюнових виробів та алкоголю і з безпечного харчування.

Очікується, що ситуація повинна поліпшитись у найближчі роки, оскільки лікарі первинної ланки будуть зацікавлені у здоровіших пацієнтах і тому приділятимуть питанню профілактики захворювань серед людей більше уваги.

2.1. Медичний огляд — раннє виявлення хвороб

Результати опитування свідчать, що найпоширенішою формою скринінгу у 2017 році була флюорографія (звітують про проходження 56,0% чоловіків та 57,8% жінок) (*табл. 2.1*). Частіше флюорографічне обстеження проходили опитувані у віці 18–39 років.

41,4% чоловіків та 46,1% жінок робили електрокардіограму (ЕКГ) з профілактичною метою. Частка чоловіків, які робили ЕКГ, є вищою для молодшої вікової групи (42,8%), і, навпаки, 48% жінок у віці понад 40 років робили кардіограму протягом останнього року.

Серед опитаних жінок 47,5% повідомили, що відвідали гінеколога, при цьому в віці понад 40 років – 37,9% жінок ствердно відповіли на це питання. Це досить небезпечний показник з огляду на те, що ймовірність захворіти на рак вища в доросліших жінок. При цьому не всім жінкам робили мазок на цитологічне дослідження (і частка жінок, яким робили мазок, також нижча для вікової групи понад 40 років). 21,2% жінок у віці 18–39 років, 17,1% у віці понад 40 років і 12,1% жінок віком понад 60 років робили мамографію протягом останніх 12 місяців.

²¹BangkokCharterforHealthPromotion: The 6th GlobalConferenceonHealthPromotion, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/> (дата звернення 21.11.17 р.).

Табл 2.1. Досвід проходження медичного огляду протягом останніх 12 місяців (відсоток тих, хто відповів, що проходив медичний огляд з профілактичною метою), %

Питання анкети В1	РАЗОМ	Чоловіки			Жінки		
		разом чоловіки	18–39 років	40 і старші	разом жінки	18–39 років	40 і старші
У стоматолога	36.4	34.9	44.6	27.6	37.7	52.7	29.8
(ЧОЛОВІКИ) уролог	24.0	24.0	27.8	21.1	—	—	—
(ЖІНКИ) гінеколог	47.5	—	—	—	47.5	65.9	37.9
(ЖІНКИ) мазок	35.1	—	—	—	35.1	45.7	29.5
(ЖІНКИ) мамографія	18.5	—	—	—	18.5	21.2	17.1
Флюорографія	56.0	53.8	59.9	49.2	57.8	64.4	54.3
Електрокардіограма з профілактичною метою	44.0	41.4	42.8	40.4	46.1	42.6	48.0

Чоловіки проходять профілактичні огляди в уролога досить рідко. Лише 24% чоловіків сказали, що відвідали уролога протягом останніх 12 місяців. Дещо менша частка чоловіків старшого віку звертається до уролога.

За результатами опитування найнижчий відсоток проходження різних форм профілактичних заходів зафіксовано в Кіровоградській, Волинській, Запорізькій областях та в м. Києві (*табл. 2.2*). Лише 15% жінок проходили огляд гінеколога, а у Волинській області 5% робили мамографію. У цій області також найнижчий відсоток опитуваних робили ЕКГ (17,8%). У Кіровоградській області лише 3,3% чоловіків відвідували уролога. У м. Києві із розгалуженою системою медичних закладів зафіксовано порівняно низькі показники за всіма типами розглянутих профілактичних заходів. Ліпша ситуація із проходженням професійних оглядів була в Черкаській, Дніпропетровській, Чернівецькій, Київській та Рівненській областях: частка чоловіків і жінок, які проходили огляди, була вищою за середню по Україні.

Опитування не виявило відмінностей у проходженні профілактичних оглядів жителями міста й села. Водночас існує різниця між відповідними показниками для людей з різним рівнем освіти: найчастіше огляди проходять особи із базовою вищою та повною вищою освітою.

Табл. 2.2. Досвід проходження медичного огляду протягом останніх 12 місяців: розподіл за областями (% респондентів, які проходили медичний огляд з профілактичною метою)

Питання анкети В1	За останні 12 місяців проходили медичний огляд або робили дослідження			
	в уролога	у гінеколога	кардіограму	мамографію
	чоловіки, %	жінки, %	особи, старші 40 років, %	жінки, %
Україна	24.0	47.5	44.0	18.5
Вінницька	23.9	52.4	44.7	30.2
Волинська	18.7	15.0	17.8	5.0
Дніпропетровська	28.2	68.7	55.5	22.4
Донецька	33.2	38.6	41.7	5.4
Житомирська	24.9	57.0	42.9	8.3
Закарпатська	35.1	47.6	36.1	13.2
Запорізька	12.7	31.0	40.3	9.1
Івано-Франківська	22.3	56.0	54.9	17.5
Київська	29.9	55.8	54.1	30.0
Кіровоградська	3.3	20.0	19.9	4.9
Луганська	31.8	39.1	52.7	16.0
Львівська	22.3	45.6	48.6	13.3
Миколаївська	19.0	67.4	51.4	53.8
Одеська	23.4	43.2	41.4	27.4
Полтавська	27.0	54.4	42.9	10.8
Рівненська	34.7	50.8	53.6	29.5
Сумська	28.5	48.9	38.7	26.9
Тернопільська	28.6	45.9	62.5	19.9
Харківська	8.3	43.5	27.1	16.9
Херсонська	30.7	56.4	48.3	34.5
Хмельницька	20.5	41.8	38.5	16.2
Черкаська	30.1	68.1	59.6	25.2
Чернівецька	25.4	69.8	55.5	21.4
Чернігівська	23.0	63.4	58.9	17.5
м. Київ	14.0	32.0	28.1	16.7

Порівняння результатів 2017 та 2016 років

У 2017 році частка опитаних, які проходили флюорографічне обстеження протягом останніх 12 місяців скоротилась на 3,6% порівняно із 2016 роком²². Частка тих, хто робив ЕКГ, зросла на 2%. Частка жінок, які відвідали гінеколога, скоротилась на 3,5%, а тих, хто робив мамографію, — суттєво не змінилась. Показники проходження профілактичних оглядів

²²Тимошевська В., Захожа В., Степурко Т., Шевченко М., Юрочко Т. Індекс здоров'я. Україна. Київ, 2016. С. 68–72.

населення поліпшились в Одеській та Тернопільській областях, які в минулому опитуванні показали одні з найгірших результатів.

В Україні останнім часом дедалі більше починають говорити про важливість профілактики. Численні ініціативи та інформаційні кампанії, які проводять як державні, так і громадські організації, покликані збільшити обізнаність населення щодо важливості проходження профілактичних оглядів. Зокрема, відбувалась активна кампанія щодо стимулювання жінок проходити перевірку на рак молочної залози. Тому досить неочікувано у 2017 році, порівняно з опитуванням 2016 року, спостерігати зниження частки жінок, які повідомили, що протягом останніх 12 місяців проходили огляди в гінеколога та робили мамографію.

На тлі епідемії туберкульозу ми спостерігаємо певне зниження проходження населенням флюорографічного обстеження. Водночас складно трактувати достатність покриття населення флюорографічним дослідженням (за даними опитування у 2017 році 56% опитаних осіб повідомили про його проходження), оскільки відповідно до рекомендацій МОЗ особи, старші 16 років, повинні робити це дослідження з профілактичною метою не рідше одного разу на два роки.

У майбутньому очікується, що охоплення профілактичними обстеженнями повинно зрости. Відповідно до ухваленої медичної реформи лікарі первинної ланки будуть зацікавлені в більш здоровому пацієнті, бо фінансування лікар отримуватиме за кожного приписного пацієнта, а не за проліковані випадки. Ефективна профілактика суттєво знижує ймовірність хвороб і гострих станів, а також сприяє ранньому виявленню небезпечних інфекційних та неінфекційних хвороб.

2.2. Поведінка в разі хвороби

Серед опитаних 36,2% ($N = 3877$) повідомили про наявність досвіду хвороби чи травми протягом останніх 12 місяців. З них 73% ($N = 2743$) звернулись по фахову медичну допомогу до лікаря чи фельдшера (*рис. 2.1*).

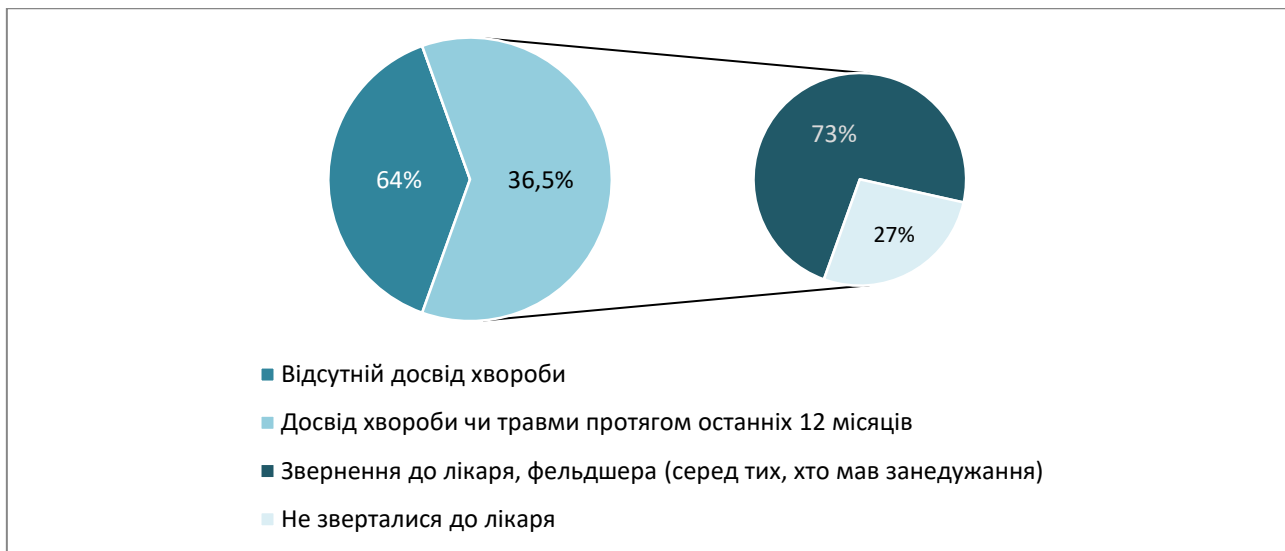


Рис. 2.1. Частка опитаних, хто звітує про наявність епізоду занедужання

До лікарів частіше звертаються жителі міста, аніж жителі села, як і люди з вищим рівнем доходу. Респонденти з рівнем освіти бакалавра та науковим ступенем рідше за інших звертались до лікаря в разі звітованого епізоду хвороби (відповідно 67,5% та 56,9%).

Велика частка респондентів лікується народними засобами без ліків (19,4%) або самостійно за допомогою ліків (27,6%). Лише 18,6% повідомили, що типовою стратегією лікування є звернення до сімейного лікаря, а 5,2% — звертаються до вузького спеціаліста в поліклініці чи стаціонарі. Водночас 14,7% повідомили, що вони ухвалюють рішення про стратегію лікування залежно від симптомів.

Табл. 2.3. Поведінка в разі хвороби

Поведінка в разі хвороби	%	N
Самостійно лікуються народними засобами без ліків	19.4	1960
Самостійно лікуються за допомогою ліків	27.6	3033
Просять поради у провізора / фармацевта в аптеці	5.1	467
Викликають швидку допомогу	2.3	240
Звертаються до сімейного лікаря / дільничного терапевта	18.6	1891
Звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста амбулаторії чи політики	4.4	444
Звертаються безпосередньо до спеціаліста стаціонару	0.8	86
Звертаються до фахівців нетрадиційної медицини	0.2	19
Радяться з лікарями, які є їхніми родичами, друзями, знайомими	2.8	267
Шукають в Інтернеті спосіб лікування схожих симптомів, хвороб	1.3	98
Вдаються до інших дій	0.3	25
Нічого не роблять	2.5	207
Залежить від симптомів	14.7	1379
ВС/ВД	0.9	68

В усіх областях частка респондентів, які лікуються самостійно народними засобами або за допомогою ліків, є вищою, ніж частка тих, хто звертається по допомогу до сімейного лікаря або вузького спеціаліста. Найменша різниця в частках таких осіб у Волинській області та місті Києві.

Лише в Житомирській області та місті Києві частка осіб, які звертаються до лікаря по допомогу в разі хвороби або травми, становить близько 40% (рис.2.2, табл. 2.4). Ще в трьох областях (у Вінницькій, Волинській та Львівській) частка таких відповідей становить близько третини. Частка респондентів, які звертались до лікарів, була найнижчою в Миколаївській та Полтавській областях (відповідно 5,6% та 9,4% осіб). Вона також була низькою в Рівненській, Херсонській, Одеській та Хмельницькій областях. Водночас у цих областях кількість респондентів, які надавали перевагу самолікуванню, була втричі вищою (а в Миколаївській області — у 9 разів більшою) за тих, хто звертався по допомогу до лікаря.

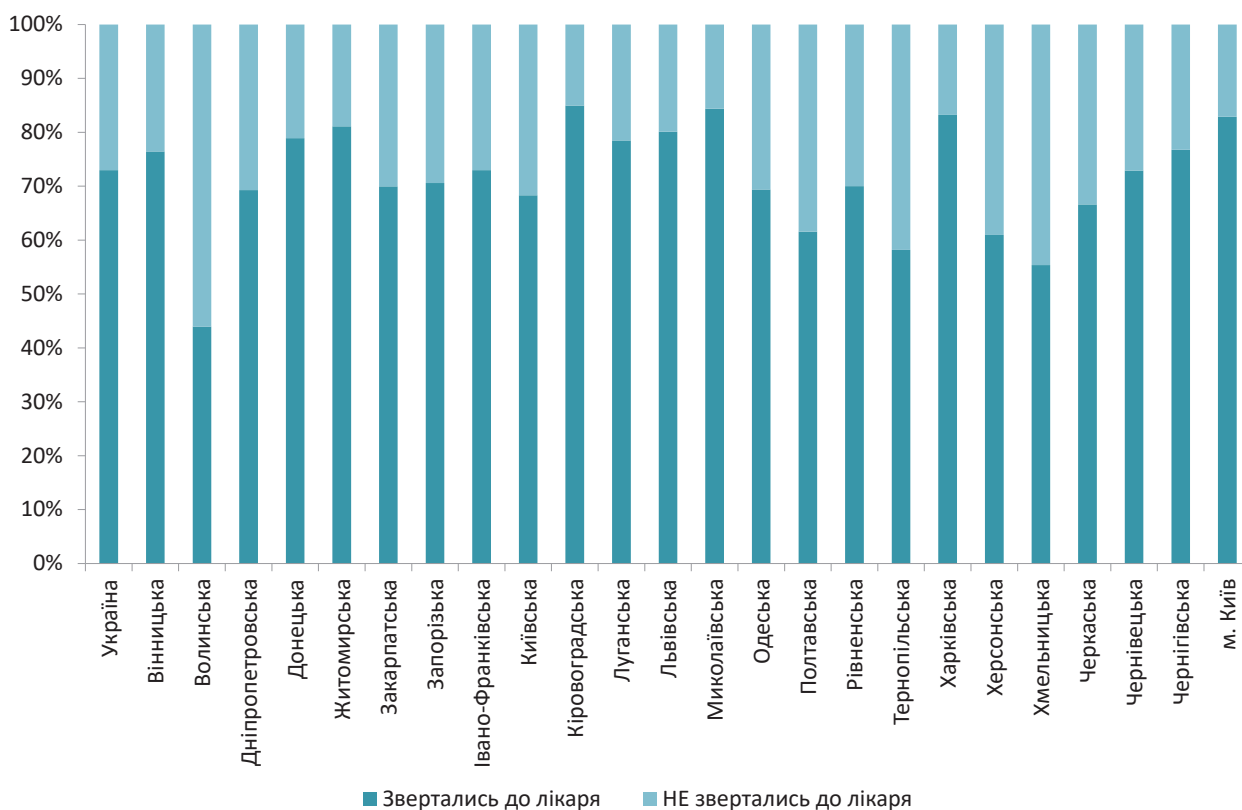


Рис. 2.2. Звернення до лікаря в разі виникнення проблем зі здоров'ям: розподіл за регіонами²³

²³ Примітка: вилучена Сумська область з огляду на те, що показник даної області (100%) містить незначну кількість відповідей.

Таблиця 2.4. Поведінка в разі хвороби: розподіл за регіонами, %

В1.12. Що Ви, як правило, робите в першу чергу, коли захворіли?	Україна	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Донецька	Житомирська	Закарпатська	Запорізька	Івано-Франківська	Київська	Кіровоградська	Луганська	Львівська	Миколаївська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Харківська	Херсонська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	Чернігівська	м. Київ
Самостійно лікуються народними засобами без ліків	19.4	28.8	18.7	18.3	18.0	12.4	26.0	18.1	14.1	11.9	10.7	4.3	27.7	31.0	32.6	11.8	17.9	18.9	19.2	27.2	27.1	14.5	13.2	43.4	14.3	10.3
Самостійно лікуються за допомогою ліків	27.6	20.5	9.5	36.9	13.6	30.8	21.7	29.2	25.6	40.4	28.0	24.0	18.5	20.7	30.2	49.5	43.8	41.3	34.4	23.5	31.4	28.5	33.5	29.3	44.9	19.8
Просять поради у провізора / фармацевта в аптеці	5.1	5.5	4.1	6.3	11.1	0.0	11.8	7.2	6.9	10.4	1.0	2.3	0.7	0.5	1.9	8.2	2.3	6.5	1.1	0.4	5.6	6.4	7.5	1.8	4.9	5.3
Викликають швидку допомогу	2.3	0.8	1.4	3.0	3.9	0.7	0.8	3.3	1.9	2.2	0.8	4.8	1.2	0.9	1.9	1.0	1.9	1.7	1.5	3.4	2.5	5.7	3.8	0.6	1.4	0.8
Звертаються до сімейного лікаря / терапевта	18.6	31.1	28.5	21.4	17.3	36.7	23.2	18.9	16.5	22.6	17.1	12.6	27.2	3.8	11.6	8.7	15.7	13.8	11.2	13.6	11.5	10.1	13.4	14.9	14.8	31.1
Звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста амбулаторії чи поліклініки	4.4	2.2	3.7	4.6	4.3	3.8	4.3	3.5	6.4	4.9	3.3	6.6	2.5	1.3	6.8	0.6	2.1	3.1	5.8	5.8	6.6	5.5	4.1	4.7	3.6	6.4
Звертаються до спеціаліста стаціонару	0.8	0.7	0.8	0.8	0.2	0.5	0.5	1.0	3.0	0.3	1.0	1.6	1.0	0.5	0.3	0.0	0.6	0.7	0.7	0.8	0.6	0.2	1.5	1.9	1.0	1.4
Звертаються до фахівців нетрадиційної медицини	0.2	0.6	0.3	0.7	0.0	0.0	0.5	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.9	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.5	0.2	0.0	0.0
Радяться з лікарями, які є їхніми родичами, друзями, знайомими	2.8	3.8	3.5	2.1	1.3	1.7	4.3	3.6	7.5	2.5	0.0	5.1	1.0	0.5	2.9	5.2	1.6	1.3	3.7	3.3	2.0	2.0	5.8	2.3	0.6	3.7
Шукають в Інтернеті спосіб лікування схожих симптомів	1.3	0.2	1.8	1.2	2.7	3.0	0.6	0.9	2.2	0.0	0.0	1.7	1.3	0.0	1.4	0.4	2.4	0.2	0.5	0.8	0.8	2.2	2.4	0.6	0.2	1.7
Вдаються до інших дій	0.3	0.0	0.6	0.6	0.0	0.3	0.2	0.0	0.3	0.0	0.0	0.5	0.6	0.6	0.6	0.2	0.0	0.0	0.5	0.5	0.0	0.2	0.4	0.0	0.0	0.2
Нічого не роблять	2.5	2.5	7.5	2.6	5.1	1.5	2.1	0.1	4.2	0.5	3.1	2.1	1.4	0.0	4.5	1.9	3.2	0.7	0.5	1.8	3.7	6.1	4.3	0.3	0.5	0.2
Залежить від симптомів	14.7	3.4	19.6	1.8	22.5	8.6	3.9	14.0	11.4	4.3	35.0	34.3	16.8	39.3	5.1	12.3	8.5	11.9	21.0	18.9	8.3	18.2	9.6	0.0	13.7	19.2

Таблиця 2.5. Поведінка в разі хвороби: розподіл за соціально-демографічними групами, %

	Загалом	За віком								За освітою						За доходом					
		Чоловік	Жінка	18–29 років	30–44 роки	45–59 років	60 років і більше	міська	сільська	початкова або неповна заг. сер.	повна заг. середня	професійно-технічна	неповна вища / сер. спец.	базова вища	повна вища	науковий ступінь	до 1000 грн	1001–1500 грн	1501–2000 грн	2001–2500 грн	понад 2500 грн
Самостійно лікуються народними засобами без ліків	19.4	21.0	18.0	16.6	19.4	21.5	19.3	18.1	22.2	18.5	22.4	22.1	17.1	18.8	17.7	0.0	22.8	19.1	18.9	19.2	18.1
Самостійно лікуються за допомогою ліків	27.6	24.3	30.3	25.3	27.8	26.7	29.8	27.0	29.0	26.1	30.7	23.9	29.9	24.3	26.1	39.4	29.1	30.3	25.3	28.7	22.5
Просять поради у провізора / фармацевта в аптеці	5.1	5.3	4.9	6.0	5.6	5.6	3.6	5.5	4.3	5.5	4.1	6.3	5.4	5.8	4.3	4.9	3.7	5.8	4.2	5.9	7.4
Викликають швидку допомогу	2.3	1.6	2.8	0.9	1.6	1.8	4.6	2.5	2.0	3.8	2.4	2.9	2.2	1.7	1.6	9.1	2.2	3.3	3.4	2.1	1.1
Звертаються до сімейного лікаря / дільничного терапевта	18.6	16.1	20.6	19.1	15.5	17.4	22.4	18.0	19.9	23.3	18.0	17.0	18.9	21.2	18.6	9.1	21.4	21.6	21.0	18.4	21.0
Звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста амбулаторії чи поліклініки	4.4	4.4	4.5	3.5	4.0	5.3	4.8	4.8	3.8	3.3	3.4	4.6	4.0	6.0	5.6	0.0	3.6	3.4	6.0	5.2	4.0
Звертаються безпосередньо до спеціаліста стаціонару	0.8	0.8	0.8	0.5	0.8	1.0	0.8	0.8	0.9	1.1	0.5	0.5	1.1	1.0	1.0	0.0	1.3	0.7	0.8	0.6	1.2
Звертаються до фахівців нетрадиційної медицини	0.2	0.2	0.2	0.3	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.5	0.2	0.1	0.2	0.0	0.1	0.0	0.4	0.2	0.1	0.2	0.0
Радяться з лікарями, які є їхніми родичами, друзями, знайомими	2.8	3.6	2.2	3.3	3.0	3.0	2.2	3.2	2.2	2.8	1.8	1.8	3.5	4.5	3.5	0.0	2.8	2.4	2.6	2.2	3.3
Шукають в Інтернеті спосіб лікування схожих симптомів	1.3	1.5	1.2	2.6	2.1	0.6	0.2	1.7	0.4	0.0	0.9	0.9	1.4	2.4	1.8	0.0	1.0	0.7	1.1	0.5	2.5
Вдаються до інших дій	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.2	0.2	0.3	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.6	0.0	0.1	0.1	0.1	0.6	0.2
Нічого не роблять	2.5	4.0	1.3	3.6	2.4	2.2	2.0	2.3	3.0	4.6	2.6	3.4	1.9	2.0	2.1	0.0	2.4	1.7	1.9	3.5	1.9
Залежить від симптомів	14.7	17.0	12.9	18.1	17.1	14.6	9.9	15.9	12.2	10.3	12.7	16.1	14.2	12.3	17.0	37.6	9.1	10.8	14.5	12.9	17.0

Виявлено певні відмінності у поведінці в разі хвороби за соціально-демографічними групами (**табл. 2.5**): жителі сіл частіше лікуються самостійно, ніж жителі міст (відповідно 51,1% та 45,1%). Люди з повною середньою освітою частіше за інших надають перевагу самостійному лікуванню, як і бідніші домогосподарства: 51,9% домогосподарств із доходом на одну особу до 1000 грн лікуються самостійно і 40,6% домогосподарств із доходом понад 2500 грн на особу вибирають таку саму стратегію лікування. З віком також зростає тенденція до самостійного лікування.

Порівняння результатів 2017 та 2016 років

Поведінка в разі хвороби дещо змінилась порівняно з опитуванням, що проводили у 2016 році. Частка респондентів, які звітують про звернення до лікаря, зросла на 12%. Однак типова поведінка частково змінилась: більша кількість респондентів сказали, що формують поведінку відповідно до наявних симптомів (14,7% у 2017 році порівняно із 8,9% у 2016 році). При цьому частка осіб, типовою поведінкою яких є звернення до сімейного лікаря або вузького спеціаліста, залишилась незмінною, а частка респондентів, які надають перевагу самостійному лікуванню, знизилась відповідно на 5 відсоткових пунктів.

Опитування виявило певні відмінності в поведінці респондентів за регіонами. Зокрема, в Миколаївській області минулого року розподіл пацієнтів за типами поведінки не суттєво відрізнявся від середнього, тоді як у 2017 році було виявлено надзвичайно низький рівень звернень до лікарів. У Львівській області частка осіб, які звертаються до лікарів, натомість збільшилась.

Частка сільських жителів, які надають перевагу самостійному лікуванню, скоротилась на 7,8%. Також скоротилась частка осіб у віці 18–29 років, які надають перевагу самостійному лікуванню; натомість зросла частка тих, хто зважає на симптоми.

Скорочення частки осіб, які лікуються самостійно, та відповідне збільшення частки осіб, які вирішують, як лікуватись відповідно до симптомів, є позитивною динамікою. Можливо, це пов'язано із широкими дискусіями навколо медичної реформи, які підвищили рівень обізнаності людей щодо відповідальності за своє здоров'я.

Важливо, що респонденти в усіх регіонах прозвітували про те, що частіше звертаються до сімейного лікаря, а рівень безпосереднього звернення до лікарів стаціонарів став суттєво нижчим. У майбутній системі охорони здоров'я, після впровадження реформи, роль лікаря первинної ланки (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) повинна суттєво зрости. Він має стати центральною постаттю в наданні допомоги, яка акумулюватиме всю інформацію про стан здоров'я пацієнта.

2.3. Бар'єри у користуванні медичною допомогою

Найчастіше українці не звертаються по допомогу до лікаря через те, що знають, як лікувати з попереднього досвіду (55,5%). Однак 22,9% зазначили, що вважають лікування занадто дорогим, а 19,5% зазначили, що черги в медичних закладах дуже довгі, що свідчить про низьку доступність медичної допомоги. 22,7% очікували, що хвороба минеться сама (*табл. 2.6*), а 11,2% респондентів не звернулися до лікарів, оскільки не довіряють їхній кваліфікації.

Таблиця 2.6. Причини незвернення до лікаря в разі хвороби чи травми, %

Регіон	В1.17. Чому Ви не звернулися до лікаря?								
	Занадто дорого	Не довіряю медикам	Погане ставлення персоналу	Великі черги у лікарнях	Немає транспорт. сполучен.	Знають, як лікувати, з попереднього досвіду	Не знають, до кого звернутися	Очікували, що хвороба пройде сама	Інші причини
Україна	22.9	11.2	3.7	19.5	3.5	55.5	2.6	22.7	2.5
Вінницька	32.0	11.2	3.5	5.8	5.7	64.4	8.0	20.4	0.0
Волинська	4.4	4.2	0.6	47.9	6.6	54.6	2.3	38.9	1.6
Дніпропетровська	37.1	12.8	3.2	12.6	0.0	39.7	5.2	29.5	1.6
Донецька	42.8	25.9	8.2	31.5	7.4	28.2	0.0	3.5	0.0
Житомирська	10.9	14.9	5.4	19.3	0.0	66.1	0.0	20.4	0.0
Закарпатська	44.4	17.2	3.2	13.2	27.5	28.9	3.8	12.3	0.0
Запорізька	29.7	15.7	10.8	23.4	11.5	47.1	1.4	14.0	3.6
Івано-Франківська	13.8	8.0	2.1	10.4	1.8	23.8	3.9	55.7	9.7
Київська	20.8	2.9	3.3	47.1	1.2	93.1	0.8	9.4	2.8
Кіровоградська	7.6	0.0	0.0	3.8	0.0	73.0	0.0	9.7	5.9
Луганська	34.7	12.5	9.0	14.1	6.7	42.4	5.0	15.6	0.0
Львівська	22.6	12.6	2.1	13.4	0.0	40.6	7.5	23.3	6.2
Миколаївська	35.2	36.3	7.5	22.9	0.0	38.7	0.0	37.3	0.0
Одеська	32.2	19.2	2.1	22.6	1.4	61.7	1.4	19.9	4.5
Полтавська	6.6	0.0	0.0	46.2	2.1	86.0	0.0	18.3	1.7
Рівненська	6.6	5.0	3.9	4.8	0.0	81.4	5.5	7.2	0.0
Сумська	14.5	17.1	0.0	31.6	0.0	31.6	0.0	53.8	0.0
Тернопільська	5.5	1.5	0.0	1.1	0.0	61.7	1.2	27.7	7.1
Харківська	44.1	2.4	0.0	0.0	0.0	41.6	0.0	53.4	0.0
Херсонська	15.2	6.5	1.1	2.4	0.0	83.0	1.1	6.4	1.2
Хмельницька	23.9	17.1	2.9	12.6	1.7	32.3	3.8	26.3	0.0
Черкаська	26.9	10.3	3.8	13.5	10.5	29.9	0.9	32.4	3.8
Чернівецька	18.0	20.8	3.8	4.2	3.3	55.5	3.5	22.7	2.9
Чернігівська	8.1	7.7	4.2	3.9	3.5	65.0	0.0	7.8	7.5
м. Київ	16.5	19.0	9.6	22.4	1.5	74.1	1.5	17.1	1.9

Понад 40% респондентів із Закарпатської, Харківської та Донецької областей не звернулись до лікаря через високу вартість лікування (*див. табл. 2.6*). Жителі Волинської, Київської та Полтавської областей переважно назвали причиною незвернення до лікаря великі черги (46–49%). У Миколаївській області, в якій було виявлено дуже низький рівень звернень до лікарів, найменше довіряють кваліфікації медичних працівників (36,3%). Понад 80% опитаних у Київській, Полтавській, Рівненській та Херсонській областях причиною незвернення до лікаря назвали наявність досвіду щодо лікування з попередніх випадків хвороби.

Про незадовільне ставлення лікарів до пацієнтів, як причину незвернення до лікарів, сказало 3,7% респондентів: 9–10% респондентів у Запорізькій та Луганській областях та в м. Києві.

Чоловіки частіше за жінок не довіряють лікарям (15,1% порівняно із 8,3%), при цьому суттєвих відмінностей між іншими причинами не виявлено (*табл. 2.7*). Особи у віці 30–44 років виявились більш впевненими у своїх знаннях щодо лікування, ніж доросліші респонденти: 60,5% респондентів цієї вікової групи не звертались до лікаря, оскільки «знають як лікувати». Для цієї ж вікової групи вагомою причиною незвернення до лікаря є довгі черги до нього. З віком зростає вагомість дорогої вартості лікування як причини незвернення до лікаря.

Для респондентів із нижчим рівнем освіти важливою причиною незвернення до лікаря є дорога вартість лікування (для близько 30% осіб). При цьому лише 6,8% респондентів із базовою вищою освітою та 15,5% осіб із повною вищою освітою назвали цей чинник причиною відмови від лікування; натомість вони частіше знали, як лікуватись, і тому не звертались до лікаря.

Цікаво, що дорогою вартість лікування найчастіше називали особи не з найменшими доходами. Так, це була причина відмови від звернення до лікаря для 30,6% з доходом 1501–2000 грн, тоді як частка такої відповіді для групи із доходами нижче 1000 грн становила 24%.

Висока вартість лікування є більшою проблемою для людей із поганим станом здоров'я. Респонденти з хронічними захворюваннями частіше за інших називали високу вартість лікування як причину відмови від звернення до лікаря: 31% порівняно з 15,1% серед тих, хто не має хронічних захворювань. Це і причина для 34% людей з інвалідністю не йти до лікаря. Цікаво, що лише 9% людей з інвалідністю назвали причиною довгі черги до лікарів. Водночас для людей із ліпшим станом здоров'я важливими є такі причини, як довгі черги до лікаря та недовіра до кваліфікації лікарів.

Таблиця 2.7. Причини незвернення до лікаря в разі хвороби чи травми: розподіл за статтю, віком, місцем проживання, освітою та доходом домогосподарства на особу, %

В1.17. Чому Ви не звернулися до лікаря?									
	Занадто дорого (послуги, ліки, транспорт)	Не довіряю медикам (кваліфікації)	Погане ставлення персоналу	Великі черги до лікаря	Транспортного сполучення немає	Знають, як лікувати, з попереднього досвіду	Не знають, до кого звернутися	Очікували, що хвороба пройде сама	Інші причини
Загалом	22.9	11.2	3.7	19.5	3.5	55.5	2.6	22.7	2.5
СТАТЬ									
Чоловік	21.1	15.1	4.8	19.1	2.8	56.2	1.8	21.5	1.4
Жінка	24.3	8.3	3.0	19.7	4.0	55.0	3.1	23.5	3.3
ВІКОВА ГРУПА									
18–29 років	6.7	10.0	3.4	10.4	2.3	56.6	2.6	27.9	6.0
30–44 роки	14.5	15.2	3.3	23.6	4.0	60.5	1.8	22.1	0.3
45–59 років	28.3	9.6	5.3	21.4	2.3	53.9	1.5	27.2	2.1
60 років і більше	34.1	9.9	3.0	19.6	4.7	52.3	3.8	17.0	2.7
ТИП МІСЦЕВОСТІ									
міська	21.9	12.5	4.2	20.8	1.3	54.6	2.7	23.5	2.9
сільська	24.9	8.8	2.9	17.0	7.6	57.1	2.3	21.2	1.8
РІВЕНЬ ОСВІТИ									
Початкова або неповна загальна середня	36.2	2.1	0.0	5.1	10.4	52.8	0.0	26.3	4.1
Повна загальна середня	27.4	6.8	2.6	18.3	2.5	61.2	4.0	21.7	1.0
Професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	31.9	17.4	5.0	18.2	5.8	49.1	2.0	22.2	2.0
Неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	22.1	11.1	4.7	24.9	3.8	54.5	2.2	20.2	1.5
Базова вища (бакалавр)	6.8	11.7	3.7	25.5	0.0	59.7	6.0	22.9	3.4
Повна вища (спеціаліст, магістр)	15.5	11.1	3.3	15.3	2.2	56.9	1.7	26.1	5.3
Науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)	0.0	55.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	44.1	0.0
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ									
До 1000 грн	24.0	7.9	0.6	13.4	2.9	53.3	5.4	17.3	5.4
1001–1500 грн	28.3	11.4	4.3	22.1	4.4	56.3	1.3	20.1	3.0
1501–2000 грн	30.6	14.4	7.4	20.6	7.0	47.2	2.7	18.4	1.6
2001–2500 грн	19.5	6.6	2.7	26.7	3.2	52.1	2.9	32.9	0.0

Порівняння результатів 2017 та 2016 років

Вагомість факторів в опитуванні 2017 року особливо не змінилась порівняно з опитуванням, яке проводили у 2016 році: знизилась важливість чинника «висока вартість лікування» (на 1,7%). Натомість на 6,5% зросла частка тих, для кого причиною самостійного лікування були довгі черги в лікарнях. Серед основних причин незвернення до лікаря раніше і зараз є наявність досвіду лікування.

Результати даного опитування дещо відрізняються від опитування щодо самооцінки населенням рівня свого здоров'я та рівня доступності різних видів допомог, яке проводить Держстат. Так, у 2016 році 22,6% респондентів не змогли отримати необхідну медичну допомогу або придбати потрібні медикаменти. При цьому 97% домогосподарств не змогли придбати потрібні медичні препарати через їх дорогу вартість. Причинами невідвідання лікаря було названо високу вартість відвідування (78,1%), відсутність необхідного спеціаліста (13,7%) та довгі черги (8,2%). Набагато вищий відсоток відповідей щодо високої вартості медичної допомоги може пояснюватись як різницею у вибірці, так і наявністю інших варіантів відповіді в опитуванні, яке проводиться в рамках проекту Індекс здоров'я.

Нещодавно ухвалена реформа покликана зменшити наявні причини щодо незвернення до лікаря. Лікар первинної ланки повинен стати ключовою фігурою в реформованій системі здоров'я. Він має стати ланкою системи, якій довіряють пацієнти, а тому уряду треба запровадити відповідну мотивацію фахівців первинної ланки до якісної роботи. Ведення електронного реєстру пацієнтів спростить роботу медичних працівників і дасть можливість стежити за висновками інших лікарів, до яких спрямовуватиме пацієнта лікар первинної ланки. Перехід до обов'язкового надання допомоги в рамках гарантованого державою пакета є запорукою збільшення доступності медичної допомоги, оскільки сьогодні багато пацієнтів відмовляються від лікування через дорогу вартість медичної допомоги.

Електронний запис пацієнтів, який уже почали запроваджувати в окремих закладах, знижуватиме вагомість такої причини відмови від огляду лікарем, як довгі черги. Крім того, відмінність у майбутньому полягатиме також в усвідомленні українців, що вони відповідають за своє здоров'я, а лікар відповідає за результат лікування

Розділ 3

СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Автори:

- *Тетяна Юрочко, Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»*
- *Олена Дорошенко, Світовий банк в Україні*

Основні результати розділу

- 20% респондентів зазначають, що в них підвищений тиск.
- Жінки зазначають про наявність підвищеного тиску та гіпертонічної хвороби вдвічі частіше (26,5% та 28, %), ніж чоловіки (12,7% та 13,8%).
- З 2% опитаними чи їхніми родичами коли-небудь трапився інфаркт, і так само 2% пережили інсульт або наслідки інсульту.
- У регіональному розрізі найчастіше звітують про артеріальну гіпертензію в Черкаській (58%) та Київській (57,1%) областях, а про найнижчу — в Закарпатській (18%) та Волинській (20,8%).
- Більшість рекомендацій лікаря стосувались лікувального процесу: ліки від високого тиску та ліки для розріджування крові, менше — ліки для зниження холестерину і вкрай мало рекомендацій, які стосувались модифікації способу життя.
- Серед опитаних чи їхніх родичів, у кого був інфаркт ($N = 1064$), 14% робили відповідні малоінвазивні втручання: 5% стентування, 7% шунтування, 5% коронаграфію.
- Медіанний (середній) платіж за стенографію становив 25 731 грн, за шунтування — 25 000, а за коронаграфію — 4428 грн.

Серцево-судинні захворювання є лідерами у світі за причиною смертності та інвалідності, особливо з огляду на тенденції старіння населення планети. За даними ВООЗ, з 56,4 млн випадків смерті в усьому світі у 2015 році більше половини (54%) були викликані 10 причинами, лєвова частка з яких належить саме серцево-судинним захворюванням. Ішемічна хвороба серця та інсульт забирають найбільше людських життів — у 2015 році в цілому 15 млн. Останні 15 років ці захворювання залишаються провідними причинами смерті у світі²⁴. У 2014 році загинуло 1,83 млн осіб внаслідок захворювань системи кровообігу в ЄС-28, що дорівнювало 37,1% усіх смертей, і це значно вище другої поширеності причини смерті — раку (злєякісні новоутворення, 26,4%)²⁵. Окрім цього, дані систематичних оглядів наукової та аналітичної літератури свідчать про захворювання системи кровообігу як значний тягар для систем охорони здоров'я та державних бюджетів.

²⁴<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/>

²⁵Cardiovascular diseases statistics: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cardiovascular_diseases_statistics.

Невтішна ситуація і в Україні, яка посідає перше місце в Європі за смертністю від серцево-судинних захворювань. За даними ВООЗ, тільки в 2011–2012 роках від ССЗ померло 440 тисяч українців. Україна очолює рейтинг смертності серед європейських країн через «епідемію» інсультів, інфарктів та інших серцево-судинних захворювань²⁶. За даними офіційної статистики, майже 70% смертності населення України спричиняється серцево-судинними захворюваннями (табл. 3.1)²⁷.

Таблиця 3.1. Структура і рівень поширеності за класами хвороб та окремих захворювань серед населення України в разі звернень у лікувально-профілактичні заклади

№ з/п	Найменування	Поширеність		
		абсолютні дані	на 100 тис. населення	питома вага, %
1	Усі хвороби	73 551 424,0	172 692,9	100,0
2	– у т.ч.: деякі інфекційні та паразитарні хвороби	1 413 969,0	3319,9	1,9
3	Новоутворення	1 755 208,0	4121,1	2,4
4	Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму	668 384,0	1569,3	0,9
5	Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	3 649 724,0	8569,3	5,0
6	Розлади психіки та поведінки	1 691 891,0	3972,4	2,3
7	Хвороби нервової системи	1 989 120,0	4670,3	2,7
8	Хвороби ока та придаткового апарату	3 518 964,0	8262,2	4,8
9	Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1 334 946,0	3134,3	1,8
10	Хвороби системи кровообігу	22 560 557,0	52 970,4	30,7
11	Хвороби органів дихання	15 208 897,0	35 709,3	20,7
12	Хвороби органів травлення	7 166 118,0	16 825,5	9,7
13	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1 922 246,0	4513,3	2,6
14	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3 966 573,0	9313,2	5,4
15	Хвороби сечостатевої системи	3 990 784,0	9370,0	5,4
16	Вагітність, пологи та післяпологовий період	511 665,0	4575,6	0,7
17	Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	294 286,0	691,0	0,4
18	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, виявлені під час лабораторних та клінічних досліджень, не класифіковані в інших рубриках	38 289,0	89,9	0,1
19	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	1 817 036,0	4266,3	2,5

²⁶ Скільки коштують інфаркт та інсульт? Уряд дає 200 млн на медичний експеримент: <https://glavcom.ua/publications/skilki-koshtuje-infarkt-ta-insult-uryad-daje-200-mln-na-medichniy-eksperiment-422528.html>.

²⁷ Академік Володимир КОВАЛЕНКО: «У протидії серцево-судинним захворюванням пріоритет має надаватися профілактиці» <http://www.golos.com.ua/article/284458>.

Переважно це люди працездатного віку — в останні роки різко зріс рівень смертності серед людей найбільш продуктивного віку — від 30 до 59 років. За даними Європейського співтовариства кардіологів, українські чоловіки відносно молодого віку (30–44 роки) помирають у шість разів частіше, ніж їхні однолітки з країн ЄС. Загалом в Україні через серцево-судинні захворювання в 2015 році померло понад 420 тис. громадян (на другому місці онкологія — понад 83 тис.)²⁸.

Це свідчить про занадто низьку культуру профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань. За даними європейського кардіологічного товариства, 80% інфарктів та інсультів можна запобігти²⁹.

Саме тому в дослідженнях у 2017 році приділяється особлива увага до поведінці людей з хворобами систем кровообігу. Ми з'ясовуємо рівень обізнаності населення щодо симптомів інсульту та інфаркту й визначаємо типові «сценарії» поведінки в разі хвороби. Дослідження «Індекс здоров'я» було спрямоване в таких напрямках: (а) загальна обізнаність про стан свого здоров'я у питаннях серцево-судинної патології; (б) поведінковий аспект — що роблять респонденти в разі підвищеного тиску? чи досягаються рекомендацій лікаря? (в) забезпечення ліками та яка частка людей робила стентування і скільки за це сплачували?

3.1. Серцево-судинні захворювання в Україні: поширеність та знання симптомів

У 2017 році дослідницький інструмент включав такі питання: «Чи був у Вас коли-небудь в житті інфаркт?», «Скільки Вам було років, коли це трапилося (вперше)?», «Чи Ви маєте такі захворювання: гіпертонічна хвороба, інсульт (чи наслідки інсульту)?» тощо.

Результати дослідження вказують на те, що 20% опитаних зазначили, що в них діагностовано підвищений тиск, 2% пережили інсульт чи наслідки інсульту, які мали інфаркт чи наслідки інфаркту, й 11% вказують на те, що в родині траплялися випадки інфаркту (рис. 3.1).

²⁸Скільки коштують інфаркт та інсульт? Уряд дає 200 млн на медичний експеримент: <https://glavcom.ua/publications/skilki-koshtuje-infarkt-ta-insult-uryad-daje-200-mln-na-medichniy-eksperiment-422528.html>.

²⁹http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/ru/.

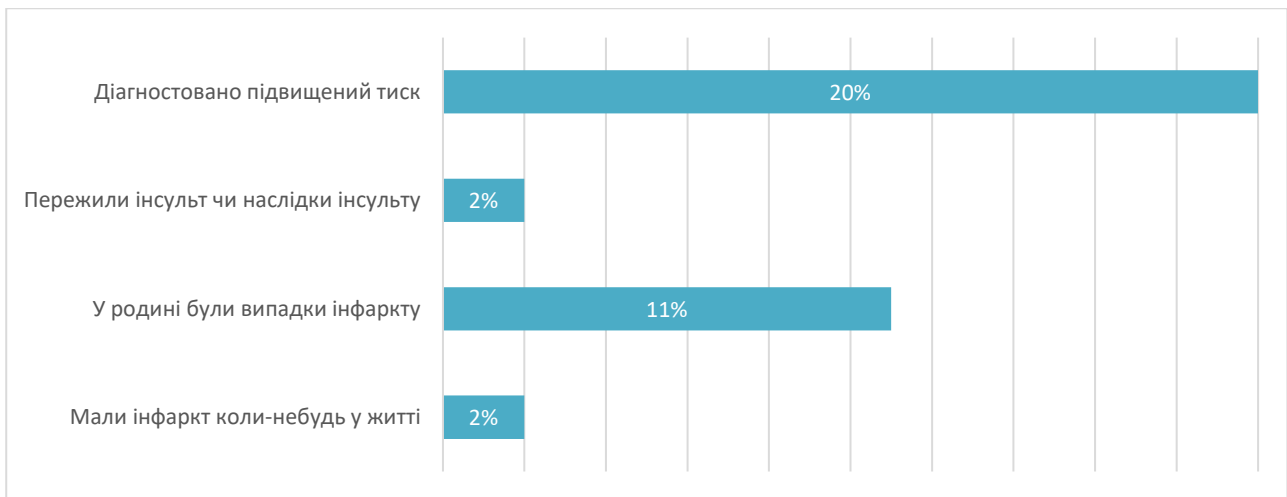


Рис. 3.1. Структура хвороб системи кровообігу серед респондентів

У регіональному розрізі можна подати дані щодо артеріальної гіпертензії та підвищеного тиску, враховуючи наповненість даної категорії. Найбільш поширена артеріальна гіпертензія в Черкаській, Київській, Чернігівській та Полтавській областях, а найнижча — в Закарпатській, Волинській та Хмельницькій (рис. 3.2).

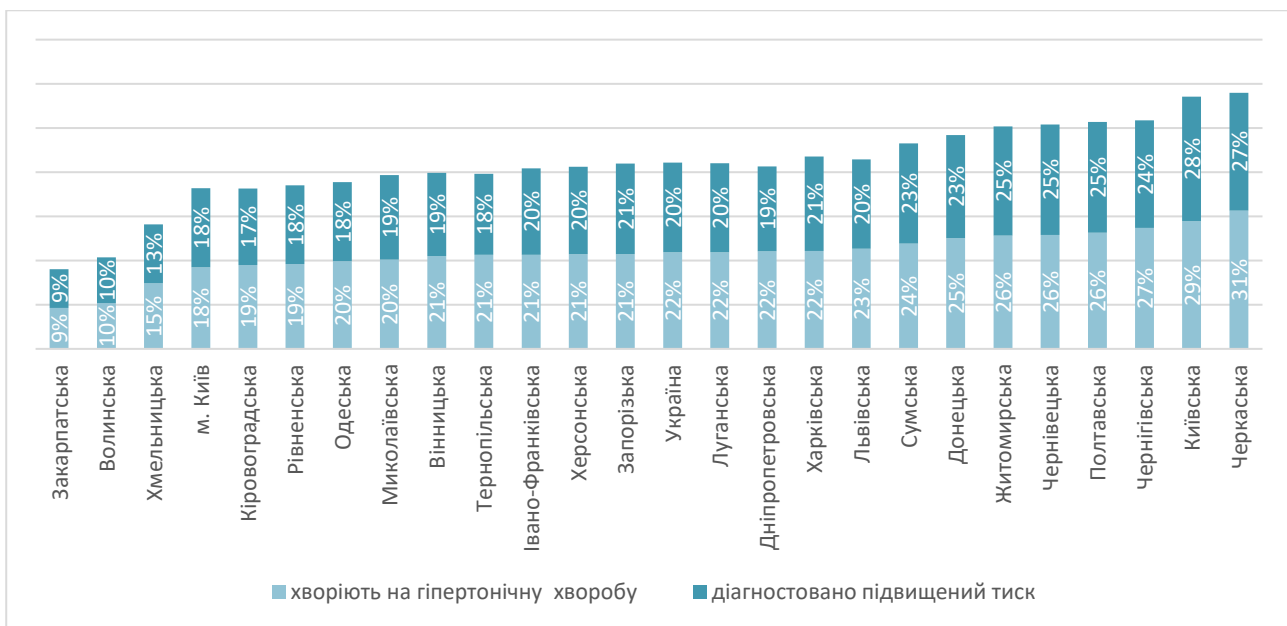


Рис. 3.2. Випадки артеріальної гіпертензії серед респондентів: розподіл за регіонами

У жінок гіпертонічна хвороба та підвищений тиск діагностується вдвічі частіше, ніж у чоловіків (29–27% проти 13–14% відповідно). Найпоширеніша ця патологія в людей працездатного (45–59 років) та похилого (60 років і більше) віку: 23% та 48% відповідно (рис. 3.3).

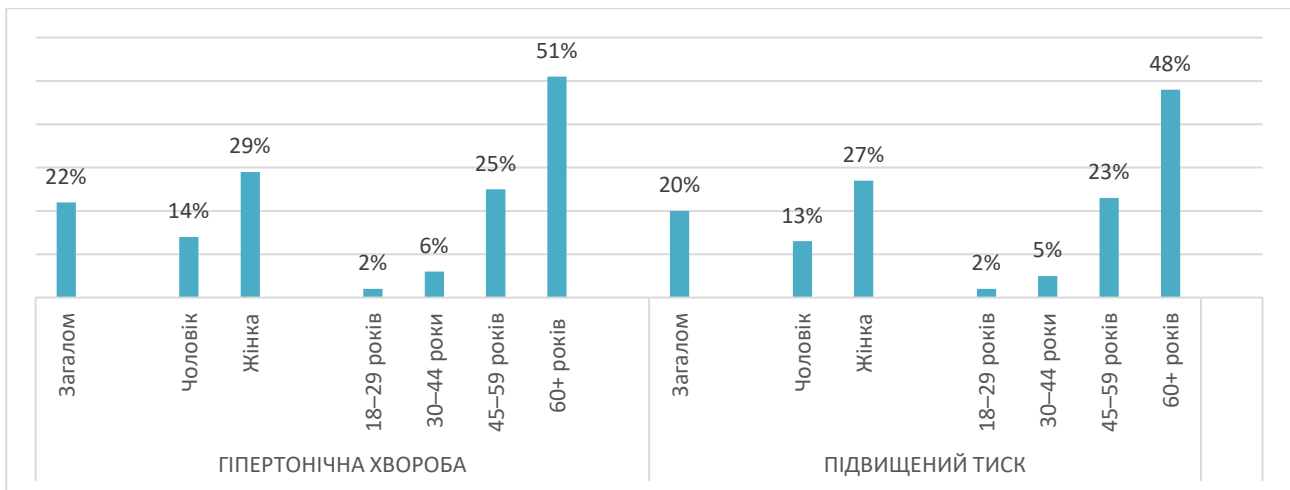


Рис. 3.3. Випадки артеріальної гіпертензії серед респондентів: розподіл за статтю й віком

Загальновідомо, що епідемія хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі серцево-судинних, значною мірою пов'язана зі способом життя і поведінкою людини в разі виникнення захворювання. Зниження факторів ризику в повсякденному житті супроводжується зменшенням захворюваності й смертності населення, а своєчасне виявлення та лікування захворювання — до підвищення ефективності лікування й зниження його вартості. Країни, яким вдалося досягти суттєвого зниження смертності від серцево-судинних захворювань (Австралія, Фінляндія), використовували саме принципи профілактичних програм. Так, наприклад, у Фінляндії зниження на 82% смертності від ішемічної хвороби серця серед чоловічого населення працездатного віку протягом 30 років значною мірою зумовлено зменшенням рівня високого артеріального тиску, високого вмісту холестерину й куріння. Аналогічно за рахунок зниження рівня артеріального тиску, холестерину та індексу маси тіла й куріння зменшилася смертність від ішемічної хвороби серця в Литві^{30, 31}.

Підтверджують дану концепцію й низка досліджень, що формують доказову базу ефективності застосування профілактики серцево-судинних захворювань³². Згідно з даними доказової медицини, дотримання засад здорового способу життя та корекція факторів ризику мають позитивний вплив на запобігання розвитку серцево-судинних захворювань і їх ускладнень у пацієнтів усіх вікових груп.

Клінічна настанова з профілактики ССЗ Європейського товариства кардіологів, 2012 року до заходів корекції з доведеною ефективністю включає: відмову від тютюнокуріння, дотримання засад здорового харчування, підтримку адекватного рівня фізичної активності, корекцію психосоціальних факторів ризику, підтримку оптимальної маси тіла, нормалізацію

³⁰A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision // WHO. 2004. 41 p.

³¹Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування: <https://angiology.com.ua/ua-issue-article-357>.

³² (a) Nationally representative health examination surveys including Ukraine, Ikeda, 2014;

(b) Hypertension Control Cascade: A Framework to Improve Hypertension Awareness, Treatment, and Control, Wozniak, 2016;

(c) Evidence insufficient to confirm the value of population screening for diabetes and hypertension in low- and middle-income settings, Duraio, 2015

рівня артеріального тиску, нормалізацію рівня ліпідів. Особлива увага приділяється також навчанню пацієнтів з питань здорового способу життя, запобігання ССЗ, підтримання у них мотивації щодо збереження здоров'я та дотримання рекомендацій лікаря. Серед важливих причин виникнення серцево-судинних захворювань медики називають підвищений рівень холестерину, високий тиск, надмірну вагу, куріння та малорухливий спосіб життя.

У даному підрозділі ми наводимо результати дослідження щодо знань респондентів про симптоми захворювань та поведінку під час серцево-судинних захворювань.

Дослідження «Індекс здоров'я» показало, що з 9573 респондентів, які дали відповідь на питання «Коли востаннє Ви міряли собі тиск?» (рис. 3.4), 78% відповіли, що вони вимірювали тиск протягом останнього року, а 8% — ніколи. 34% із загальної кількості респондентів ($N = 9\,573$) зазначили, що мають високий тиск, 5% — низький, а решта — «нормальний». 31% із початкової групи вказують, що лікар повідомляв їм про те, що в них високий тиск, і ще 28% отримали рекомендації щодо лікування високого тиску. 13% вважають, що змогли досягнути стабілізації тиску і разом з тим 10% частково стабілізували, але приймають ліки лише при високих цифрах тиску.

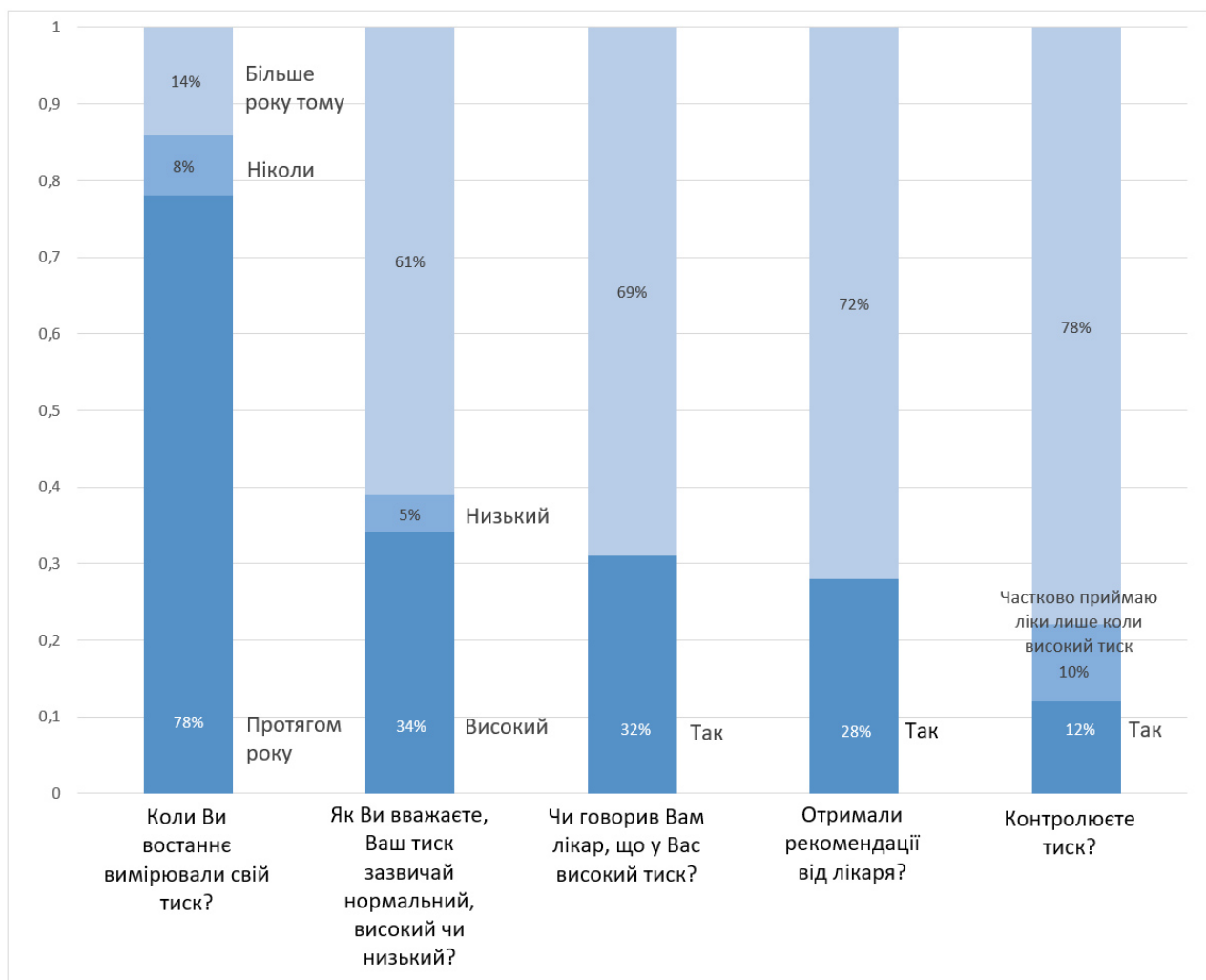


Рис. 3.4. Виявлення високого тиску та контроль над ним

Контроль артеріального тиску в популяції вважається одним із провідних напрямів у системі не лише лікування, а й профілактики серцево-судинних захворювань. У нашому дослідженні ми також виявили (а) частку осіб, які вимірювали свій тиск та (б) робили кардіограму з профілактичною метою за останні 12 місяців (рис. 3.5). Артеріальний тиск вимірює переважна більшість (92,5% в Україні). Найвищий показник в Рівненській (99,4%) та Чернівецькій (99,2%) областях, а найнижчий — у Луганській (72,6%), Вінницькій (79,1%) та Чернігівській (79,3%). Електрокардіографію з профілактичною метою за останні 12 місяців робили лише 44% респондентів: найменше — у Волинській (17,8%) та Кіровоградській (19,9%) областях, найбільше — в Тернопільській (62,5%), Чернігівській (58,9%) та Дніпропетровській і Чернівецькій (55,5%). Цікаво, що в Черкаській області, де поряд з високим рівнем скринінгу АТ (97,5%) та ЕКГ (59,6%), серед населення спостерігається найвищий рівень серцево-судинних захворювань (41,6%).

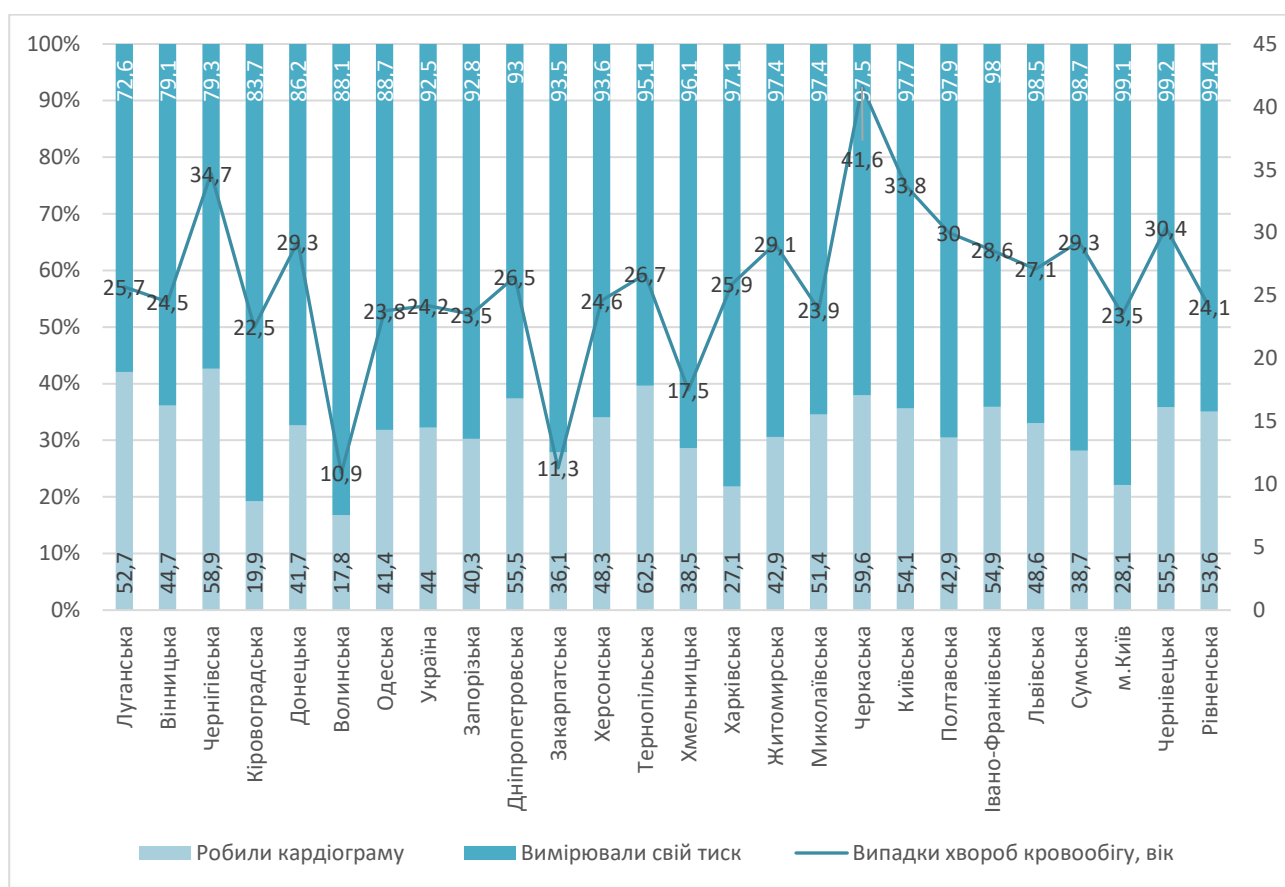


Рис. 3.5. Порівняння вимірювання артеріального тиску та проходження електрокардіограми з профілактичною метою (дані Індексу) до частки випадків хвороб системи кровообігу (дані статистики)

Усього 92,5% населення знають показники свого АТ, а серед міського населення нашої країни — 92,1% і сільського — 93,3%, 88,8% чоловіків і 95,4% жінок. З віком поступово зростає обізнаність респондентів про свій АТ: якщо в 18–29 років знають свій АТ трошки більше 87% респондентів, то у віковій категорії 60 років і більше цей показник — 96,1% (рис. 3.6).

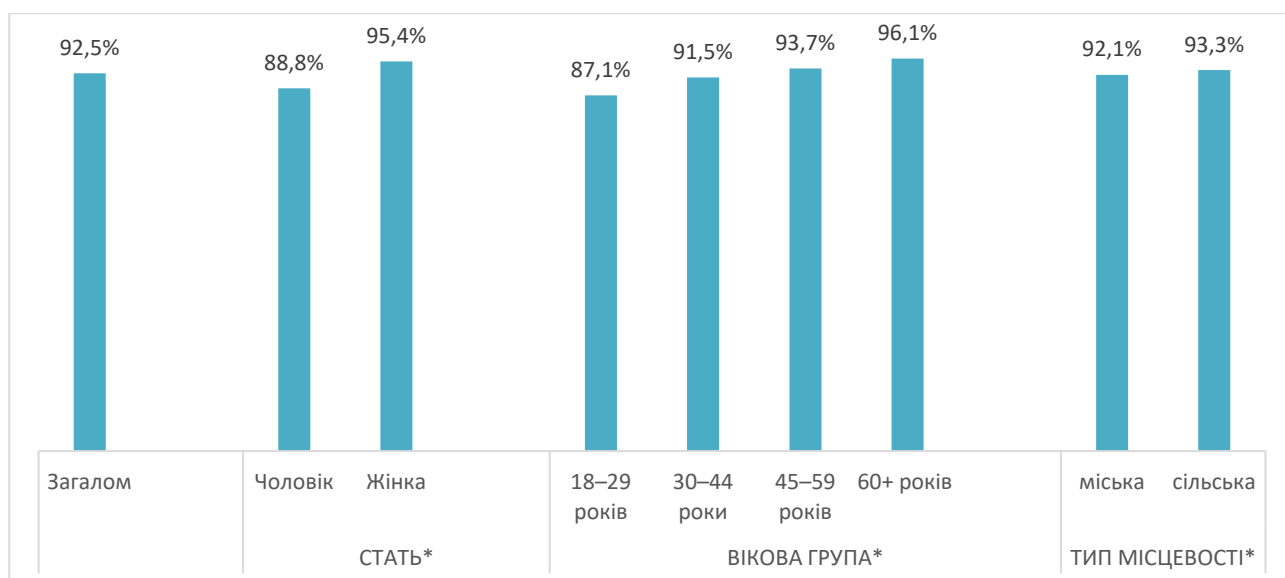


Рис. 3.6. Соціально-демографічний профіль тих, хто знає свій артеріальний тиск

Особливо актуальним, з точки зору профілактичної поведінки населення, є не лише знання АТ, але й його оцінка, адже саме це визначає і прихильність до лікування, і активні дії щодо модифікації способу життя (*табл. 3.2*). Наше дослідження показало, що лише трохи більше 20% респондентів, які вказують у цифрах високі показники АТ, оцінюють його як високий, 13% — як нормальний. Це свідчить про недостатню просвітницьку роботу серед населення та байдуже ставлення до власного здоров'я.

Таблиця 3.2. Порівняння суб'єктивної оцінки тиску зі знанням свого тиску

Оцінюють свій тиск як	усе населення				
		Мають <u>нормальний</u> тиск	Мають <u>високий</u> тиск	Мають <u>низький</u> тиск	Не знають свого тиску
<u>нормальний</u>	%	49,0	12,1	1,0	6,6
	N	4207	1066	79	459
<u>високий</u>	%	5,8	19,2	0,0	0,1
	N	661	2128	3	9
<u>низький</u>	%	3,7	0,4	1,9	0,1
	N	397	39	186	14
особи, які вимірювали свій тиск					
<u>нормальний</u>	%	52,6	13,0	1,0	0,0
	N	4207	1066	79	0
<u>високий</u>	%	6,3	20,6	0,0	0,0
	N	661	2128	3	0
<u>низький</u>	%	4,0	0,4	2,0	0,0
	N	397	39	186	0

Дослідження Американської асоціації серцево-судинних захворювань останніх років демонструють прямі зв'язки між підвищеним систолічним артеріальним тиском (САТ) та діастолічним артеріальним тиском (ДАТ) і підвищеним ризиком серцево-судинної патології. Так, мета-аналіз 61 проспективного дослідження показав, що ризик серцево-судинних захворювань лінійно збільшувався в процесі зростання САТ від 115 мм рт. ст. до 180 мм рт. ст. та з ДАТ з 75 мм рт. ст. до 105 мм рт. ст. У цьому аналізі було також показано, що підвищення рівня САТ на 20 мм рт. ст. та ДАТ на 10 мм рт. ст. підвищує ризик смерті від інсульту, ішемічної хвороби серця або інших судинних захворювань, особливо серед людей працездатного віку (з 30 до 80 років)³³.

Інші результати дослідження стосуються знання симптомів судинних «катастроф» (інсульту та інфаркту) (*рис. 3.7*). Дослідження також демонструє, що серед опитаних дуже великий відсоток тих, хто не знає жодного симптому інсульту (29,6%) та інфаркту (32,8%), навіть серед тих респондентів, хто сам чи їхній родич перенесли вказані захворювання: 8,5% та 20% відповідно. Це вкрай негативно характеризує не лише «культуру здоров'я» нашого суспільства, а й роботу системи охорони здоров'я.

³³ 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines <http://hyper.ahajournals.org/lookup/suppl/doi:10.1161/HYP.000000000000065/-/DC1>.

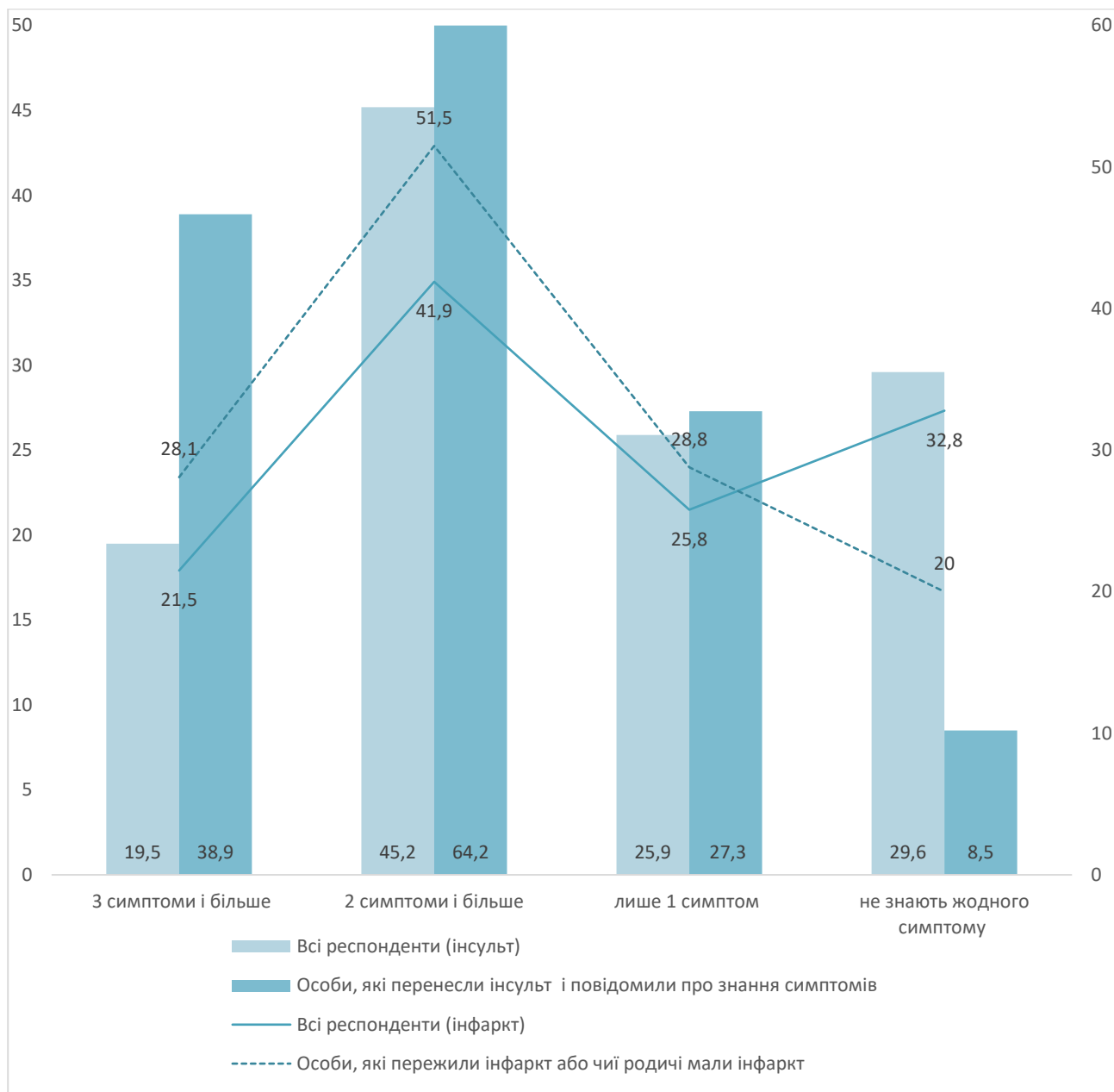


Рис. 3.7. Знання симптомів судинних катастроф

За результатами дослідження в середньому по Україні не знають жодного симптому судинної «катастрофи» майже 30% респондентів. Найкраща ситуація щодо обізнаності в симптоматиці в Херсонській, Донецькій, Запорізькій областях та м. Києві, найгірша — в Івано-Франківській, Сумській та Черкаській. Звертає на себе увагу і той факт, що саме в цих областях один з найвищих рівнів серцево-судинних захворювань, а в Черкаській області — найвищий (41,6%). Щодо соціальних груп респондентів, то суттєвої різниці не спостерігається (*табл. 3.3*). Цікаво, що не суттєво, але все ж відрізняються (в бік погіршення обізнаності) відповіді у респондентів з вищою освітою (без наукового ступеня): найнижчі показники 23,9% і 26,4% — у респондентів з повною та базовою вищою освітою (відповідно).

Таблиця 3.3. Знання симптомів «судинних катастроф»: розподіл за статтю, віком, місцем проживання, %

		Назвали правильно 2 симптоми і більше	Назвали правильно 3 симптоми і більше	Назвали правильно лише 1 симптом	Не знають жодного симптому
Стать	чоловіки	40,2	16,9	24,5	35,8
	жінки	49,3	21,6	27,0	24,5
Вікова група	18–29 років	36,9	15,1	21,36	42,4
	30–44 роки	43,8	19,2	24,7	32,2
	45–59 років	49,8	20,5	27,1	23,8
	60 років і більше	48,2	22,0	29,1	23,0
Місцевість	міська	47,4	20,5	26,0	27,3
	сільська	40,3	17,3	25,6	34,6

Закономірною є менша обізнаність щодо симптомів «судинних катастроф» серед молоді (18–29 років — 42,4% та 30–44 роки — 32,2%). Ці дані вказують на необхідність розроблення та активної промоції здоров'я саме серед людей молодого віку, оскільки, як свідчить офіційна статистика та дані авторитетних міжнародних фахових організацій, серцево-судинні захворювання дуже «помолодшали». Це при тому, що більшості з них можна запобігти за допомогою активних скринінгових програм та просвітницькій роботі серед населення.

Отже, проведене дослідження підтверджує дані офіційної статистики. Основними медико-демографічними проблемами є зростання захворюваності й поширеності найбільш соціально значущих хвороб системи кровообігу: артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця. Ці дані потрібно враховувати при формуванні державної політики з розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Адже дана група патології тягне за собою низку інших соціально-економічних проблем: значну первинну інвалідизацію; високу смертність людей працездатного віку; зменшення тривалості життя населення.

3.2. Бар'єри в доступі до медичної допомоги

Наступним, не менш важливим з точки зору виникнення, розвитку та поширення серцево-судинних захворювань, є: звернення до лікаря, рекомендації лікарів і прихильність до лікування, а відповідно й результат лікування.

Серед усіх респондентів ($N = 9573$ особи) 34% звітують про підвищений тиск. При цьому лише 21,9% осіб був встановлений діагноз «Гіпертонічна хвороба» і тільки трохи більше 40% (40,4%) з них приймають постійно антигіпертензивні препарати, лише 13% вважають, що змогли досягнути стабілізації тиску, а 10% — частково стабілізували, оскільки приймали ліки лише тоді, коли мали високий тиск. Цей «каскад» невтішних показників свідчить швидше про «споживче» ставлення населення до власного здоров'я.



Рис. 3.8. Досвід отримання рекомендацій від лікаря (серед людей, які отримували рекомендації від лікаря)

Більшість рекомендацій лікаря стосувались лікувального процесу: ліки від високого тиску та ліки для розріджування крові, менше — ліки для зниження холестерину і вкрай мало рекомендацій, які стосувались модифікації способу життя. Наразі в лікувальному процесі важливе визначення у пацієнта сумарного індивідуального ризику, оскільки в однієї людини часто виявляється кілька факторів ризику, які з часом можуть суттєво впливати і на хід захворювання, і на результат лікування. У хворих на серцево-судинні захворювання корекція факторів ризику має обов'язково входити до програм лікування.

Важлива умова протидії серцево-судинним захворюванням, особливо коли дане захворювання вже є у пацієнта, — це прихильність до лікування. Складна соціально-економічна ситуація в нашій країні призвела до того, що велика частина населення не звертається до лікаря, а відповідно не отримує кваліфікованої допомоги і не приймає належні ліки. У зв'язку з цим в Україні запровадили програму «Доступні ліки», яка з-поміж інших складових мала на меті забезпечити хворих (у тому числі й серцево-судинними захворюваннями) ліками з доведеною ефективністю.

Програмою «Доступні ліки» скористалось менше 21% хворих на гіпертонічну хворобу. Оцінка даної програми і досвід отримання ліків за Програмою наведені на **рис. 3.9**.

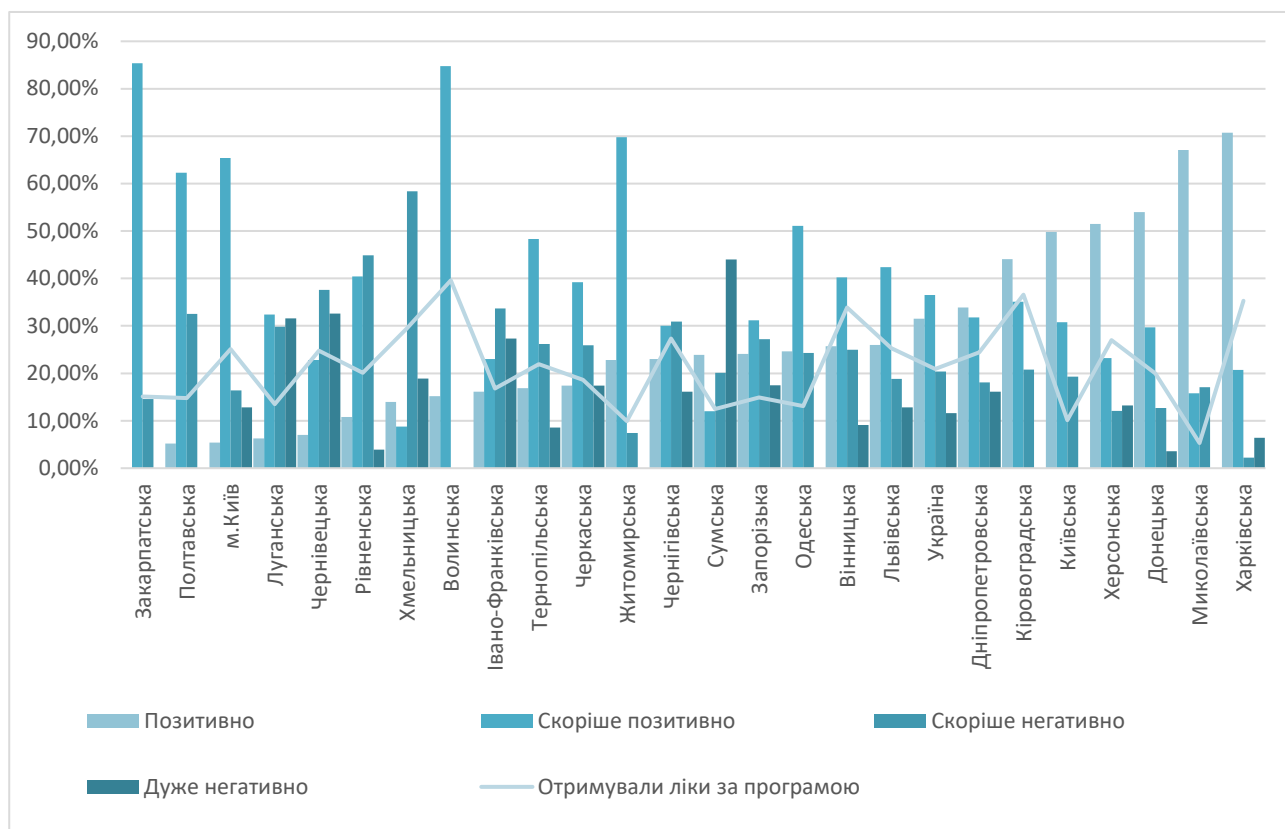


Рис. 3.9. Досвід отримання ліків за програмою «Доступні ліки» серед осіб з гіпертонічною хворобою (регіональний вимір)

У цілому по Україні програму «Доступні ліки» позитивно («Дуже позитивно» та «Скоріше позитивно») оцінили 68% людей з гіпертонічною хворобою, які отримували ліки за цією програмою. Однак досить високий відсоток респондентів (32%) оцінили її як «Скоріше негативно» та «Дуже негативно». Найкращі результати (за охопленням пацієнтів програмою і за позитивною оцінкою) у Волинській (39,6% та 100% відповідно) і Харківській (35,3% та 91,3% відповідно) областях. Найгірші показники за охопленням (серед респондентів) у Миколаївській (5,3%), Київській (10,1%) і Житомирській (9,9%) областях, а за оцінкою — у Хмельницькій (77,3%), Чернівецькій (70,2%), Сумській (64,1%), Луганській (61,4%) та Івано-Франківській (61%) областях. Варто зазначити, що саме в цих областях (окрім Луганської) найвищий відсоток респондентів, які не знають жодного симптому судинної «катастрофи» з досить високим рівнем цієї групи захворювань у їхньому регіоні.

Поряд із медикаментозним лікуванням у цивілізованому світі широко використовують такі стандартизовані медичні технології, як коронарографія, стентування та шунтування. В Україні, за даними МОЗ, річна потреба в так званих малоінвазивних методиках (коронарографії, стентування судин) становить близько 200 тис. на рік.

Ми також провели зріз доступності даних методів діагностики та лікування. Серед опитаних (тих, у кого — чи їхніх родичів — був інфаркт $N = 1064$) 14% робили відповідні малоінвазивні

втручання: 5% — стентування, 7% — шунтування, 5% — коронаграфію. Основна причина такої ситуації, на нашу думку, — величезний фінансовий тягар для пацієнта (*табл. 3.4*).

Таблиця 3.4. Досвід і розмір оплати з кишені за малоінвазивні операції (оплата за свою операцію останнього разу)

			Всього	Робили операцію у 2014–2017 рр.
Стентування (<i>N</i> = 39)	сплачували за операцію	<i>N</i>	36	23 (з 24 випадків)
		%	94	98
	середній платіж, грн		35 156	44 271
	ст. відхилення		35 857	36 827
	медіана, грн		25 731	33 963
Шунтування (<i>N</i> = 21)	сплачували за операцію	<i>N</i>	20	11 (з 11 випадків)
		%	93	100
	середній платіж, грн		29 535	42 745
	ст. відхилення		26 799	26 870
	медіана, грн		25 000	30 595
Коронаграфія (<i>N</i> = 25)	сплачували за операцію	<i>N</i>	22	14 (з 15 випадків)
		%	88	94
	середній платіж, грн		11 829	15 728
	ст. відхилення		22 188	26 334
	медіана, грн		4428	5835

Отже, доступ до сучасних методів діагностики й лікування серцево-судинних захворювань в Україні вкрай низький. Це при тому, що в нашій країні існує розгалужена мережа спеціалізованих кардіологічних клінік, є висококваліфіковані кадри, але фінансового доступу в населення до сучасних медичних послуг з доведеною ефективністю немає. Здебільшого весь фінансовий тягар за такі втручання лежать на плечах пацієнтів чи їхніх родичів. Ситуація, що склалася, потребує особливої уваги держави. Сьогодні дуже важливим є розроблення та прийняття державної програми протидії серцево-судинним захворюванням в Україні.

У рамках профілактики серцево-судинних захворювань необхідно розробити й упровадити Національну програму профілактики серцево-судинних захворювань, у якій передбачити:

- запровадження системи моніторингу епідеміологічної ситуації щодо багатофакторних впливів на захворюваність і смертність від серцево-судинних захворювань;
- економічне стимулювання профілактичних заходів сімейними лікарями (запровадивши систему індикаторів якості);
- розроблення та активне впровадження комунікативних заходів, соціальної реклами щодо промоції здоров'я.

Розділ 4

АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Авторки:

- *Юлія Барська, Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»*
- *Тетяна Юрочко, Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»*

Основні результати розділу

- У 2017 році по амбулаторну допомогу у зв'язку з проблемами зі здоров'ям протягом останніх 12 місяців зверталось 37% дорослого населення України (у 2016 році цей показник становив 36%), 63% — не зверталися.
- У 2017 році найнижчий показник звернень у Волинській (22%), Хмельницькій та Сумській (23%) областях, а найвищі — в Рівненській (55%), Житомирській (51%) областях та м. Києві (50%).
- Прямо, майже минаючи первинну ланку, на вторинний рівень (до лікарів-спеціалістів у поліклініку) по медичну допомогу звертались у м. Києві майже 71% респондентів, у Сумській області — 72,1%, Харківській — 71,3%, Черкаській — 71% та Херсонській — 70,7%. Незважаючи на те, що респонденти переважно не помічали збільшення фінансової доступності амбулаторної медичної допомоги, у півтора рази — з 39% до 28% — зменшилася у 2017 році порівняно з 2016 роком частка тих, хто не відвідував протягом останніх 12 місяців лікаря, коли був хворий, через брак коштів.
- Позитивно надання амбулаторної медичної допомоги оцінили жителі Луганської (62%), Чернівецької (53%) та Чернігівської (52%) областей, найгірше — жителі Сумської (12%), Миколаївської (16%) та Запорізької (17%) областей, а також м. Києва (20%)

Сучасна стратегія змін сфери охорони здоров'я націлена передусім на забезпечення рівного доступу населення до якісної медичної допомоги та захист кожного громадянина від фінансової катастрофи в разі захворювання. Зрозуміло, що одразу досягнути очікуваного результату неможливо, тому реформування СОЗ має певну послідовність запровадження змін, із визначеними пріоритетами на кожному етапі. Сьогодні основний акцент ставиться саме на амбулаторну медичну допомогу, адже ефективна робота саме цієї ланки системи охорони здоров'я може забезпечити якісну медичну допомогу за меншу вартість (порівняно зі спеціалізованою допомогою).

Нагадаємо, що залежно від виду амбулаторної медичної допомоги, яка надається, вона поділяється на первинну та вторинну. Первинна медична допомога надається сімейними лікарями або лікарями первинної ланки в центрах первинної медико-санітарної допомоги, лікарських амбулаторіях та фельдшерами, медсестрами — у ФАПх. Вторинна амбулаторна допомога надається лікарями — вузькими спеціалістами в консультативно-діагностичних

центрах. За даними МОЗ в Україні сформована потужна мережа амбулаторних медичних закладів, а саме:

- майже повністю сформована мережа ЦПМСД як юридично самостійних закладів охорони здоров'я;

- усього в країні функціонує 616 ЦПМСД, з яких 445 (72,2%) діють у сільській місцевості;

- у ЦПМСД функціонує 5233 лікарські амбулаторії та 11177 ФАПів³⁴.

Доступність і якість медичної допомоги є важливими індикаторами діяльності системи охорони здоров'я в цілому, тому, в процесі вивчення амбулаторної допомоги особливу увагу було приділено таким питанням, як звернення населення по амбулаторну допомогу, вибір надавача медичної допомоги, фінансова доступність амбулаторної медичної допомоги, а також оцінювання аспектів медичної допомоги.

4.1. Звернення по амбулаторну допомогу

За результатами опитування в 2017 році по амбулаторну допомогу у зв'язку з проблемами зі здоров'ям протягом останніх 12 місяців зверталось 37% дорослого населення України (у 2016 р. цей показник становив 36%), 63% — не зверталися (*рис. 4.1*).

У регіональному розрізі ситуація дещо змінилась. Так, якщо в 2016 році найменший відсоток осіб, які вказали, що зверталися по амбулаторну допомогу, було зафіксовано серед жителів Тернопільської (21%), Луганської (24%), Кіровоградської (24%) областей та м. Києва (25%), а найвищий — у Полтавській (55%), Рівненській (47%), Запорізькій (46%), Черкаській (45%), Дніпропетровській (44%), Вінницькій (44%) та Київській (44%) областях, то в 2017 році найнижчий показник — у Волинській (22%), Хмельницькій та Сумській (23%) областях, а найвищий: — у Рівненській (55%), Житомирській (51%) областях та м. Києві (50%) (*рис. 4.1*). Особливо цікавими, як свідчить поглиблений аналіз, є два регіони, де показники 2017 року діаметрально протилежні показникам 2016 року, — це Запорізька область (28% у 2017 році проти 46 % у 2016) та місто Київ (50% у 2017 році проти 25% у 2016).

³⁴ Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. С. 167–177.

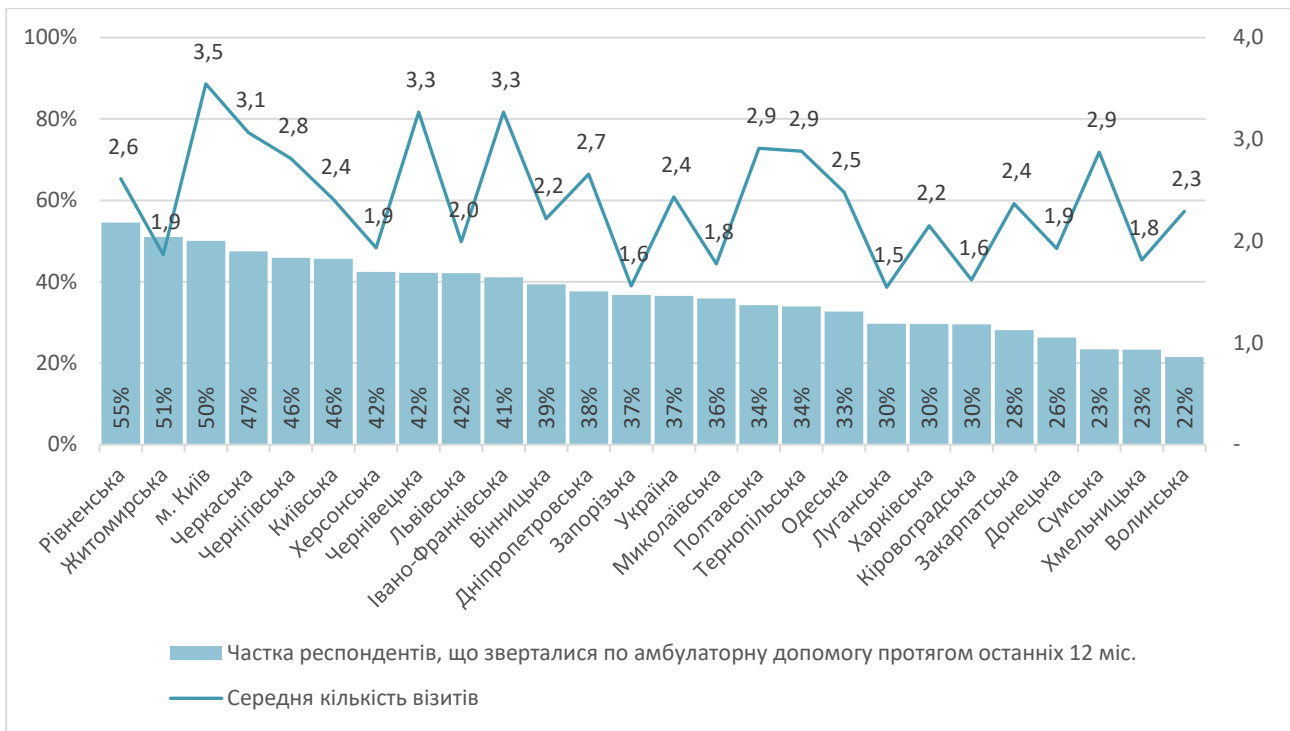


Рис. 4.1. Зверталися по амбулаторну допомогу протягом останніх 12 місяців: розподіл за областями

Серед тих, хто звертався до лікарів, було більше жінок, аніж чоловіків, а також людей літнього віку, аніж молоді. Зокрема, серед жінок протягом останніх 12 місяців (як і в 2016 р.) відвідували лікаря 42%, серед чоловіків цей показник трішки покращився і становить 30% (у 2016 р. — 29%) (рис. 4.2).

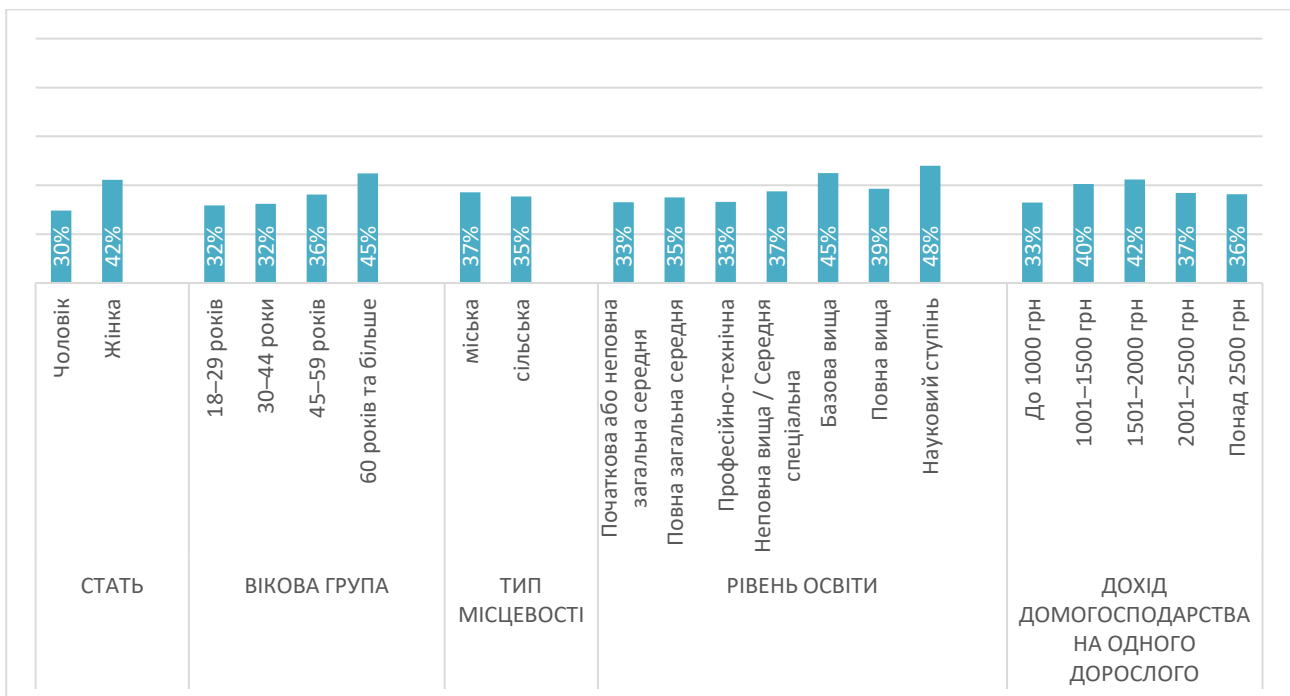


Рис. 4.2. Звернення по амбулаторну допомогу протягом останніх 12 місяців: розподіл за соціально-демографічними характеристиками

Частота звернень до лікаря в разі проблем зі здоров'ям за віковим розподілом респондентів залишається майже на рівні попереднього року і становить 32% опитаних віком 18–29 років і 45% осіб віком старших 60 років (у 2016 р. — 30% і 47% відповідно). Статистично значущі, але з невеликою відсотковою різницею, залишаються показники щодо випадків звернення по амбулаторну допомогу серед домогосподарств із середнім рівнем доходу: у сім'ях із рівнем доходів 1001–2000 грн на одного дорослого до лікарів зверталися близько 41% (у 2016 р. — 40%), до 1000 грн на одного дорослого — 33% (у 2016 р. — 35%), понад 2001 грн — 36% (у 2016 р. — 33%).

Різниці між зверненням по медичну допомогу в міській і сільській місцевості немає, як і в минулому році: по амбулаторну допомогу зверталися 37% жителів міст і 35% тих, хто проживав у сільській місцевості (проти 36% та 35% відповідно у 2016 р.).

Основними причинами звернення по амбулаторну допомогу були хвороби органів дихання та кровообігу, хоча частота звернень дещо зросла. Якщо у 2016 році з приводу хвороб органів дихання зверталось 30% респондентів, то у 2017 — 32%, а з приводу серцево-судинних захворювань — 19% і майже 24% відповідно (*табл. 4.1*). Варто зазначити, що структура звернень відповідає даним офіційної статистики.

4.2. Вибір надавача медичної допомоги

Якщо у 2016 році протягом 12 місяців останнього разу відвідували дільничного терапевта або сімейного лікаря 71% респондентів (37% і 24% відповідно), то у 2017 році до лікарів первинної ланки зверталось 62% опитаних (33% та 29% відповідно) (*рис. 4.3*). Практика звернення до сімейних лікарів, а не до терапевтів (хоча з негативною динамікою порівняно з 2016 р.) більш типова для Вінницької (до сімейних лікарів зверталися 57%, дільничних терапевтів — 13%, проти 61% та 6% відповідно у 2016 р.), Миколаївської (53% і 16% проти 36% і 25% відповідно у 2016 р.), Волинської (52% і 22% проти 17% та 20% відповідно у 2016 р.) та Запорізької (48% і 30% проти 46% і 18% відповідно у 2016 р.) областей.

Щодо направлень, якщо у 2016 році 38% тих, хто звертався до вузького спеціаліста, мали направлення від дільничного терапевта або сімейного лікаря, то решта 62% зверталися без направлення, у 2017 році ці показники становлять відповідно 32% і 68% (*рис. 4.4*).

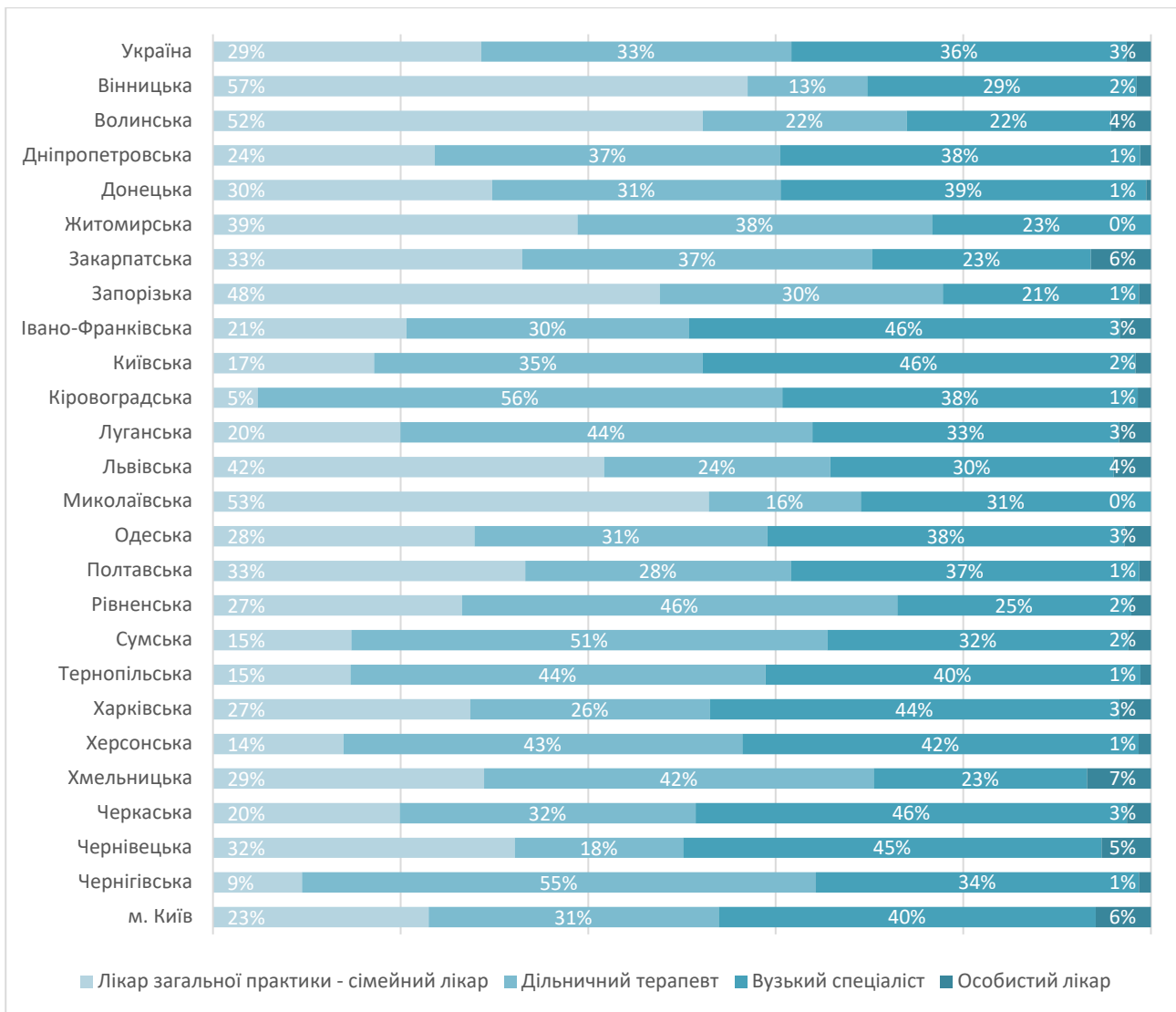


Рис. 4.3. Вибір надавача амбулаторної допомоги під час останнього візиту: розподіл за областями

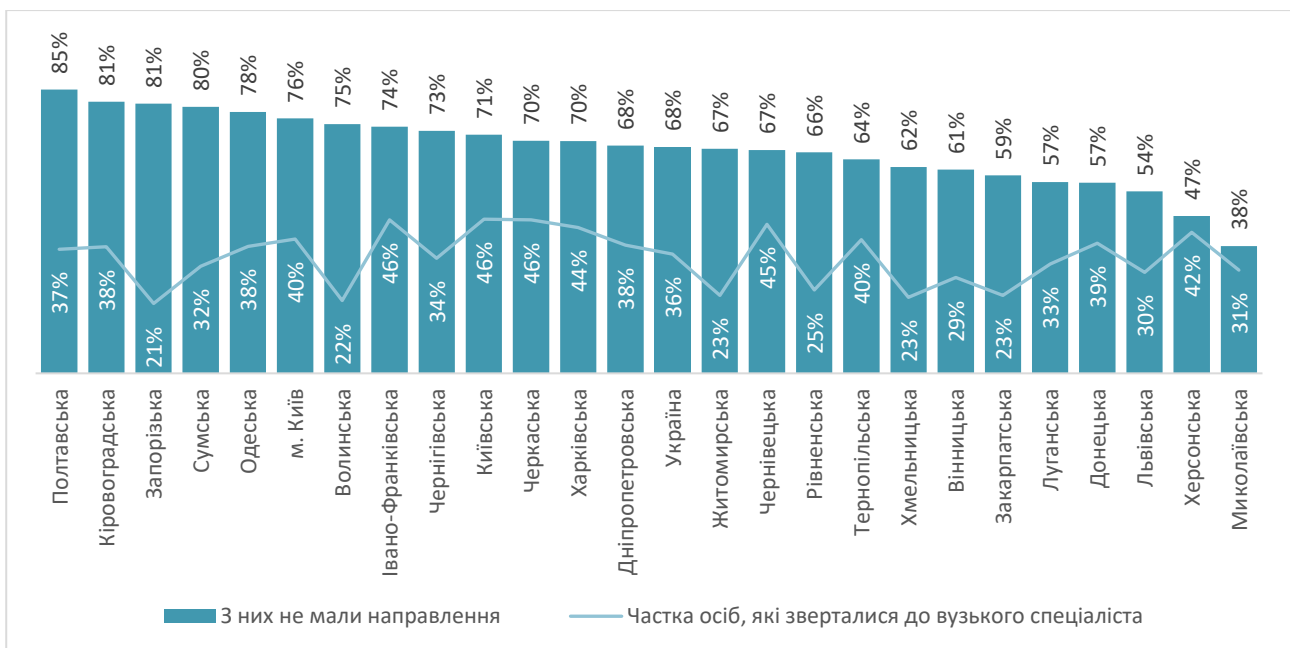


Рис. 4.4. Направлення до вузького спеціаліста: розподіл за областями

При цьому, якщо у 2016 році найвищий відсоток тих, хто звертався до вузького фахівця без направлення, був у Кіровоградській (81%) та Івано-Франківській (80%) областях, то у 2017 році — в Полтавській (85%) та Кіровоградській, Запорізькій (81%) та Сумській (80%) областях. Найнижчий відсоток «немаршрутизованих» звернень спостерігався лише в Миколаївській (38% проти 42% у 2016 р.) та Херсонській (47%) областях.

Наше дослідження показало, що в цілому по Україні у 2017 році переважна більшість респондентів (54,9%) зверталась по амбулаторну медичну допомогу в поліклініку (міську, районну або відомчу), тобто на вторинну ланку і вкрай мало (трішки більше 17%) — на первинну ланку (*табл. 4.2*).

У регіональному розрізі краща ситуація склалася щодо оптимального використання ресурсів системи охорони здоров'я (а саме існуючої мережі): з пріоритетним використанням первинної ланки спостерігається у Вінницькій — майже 58% (43,2% — амбулаторії сімейного лікаря і 14,2% — ЦПМСД), Миколаївській — дещо більше 47% (43% та 4,2% відповідно) та Донецькій (35,0% та 4,0% відповідно) областях. Досить активно звертались за медичною допомогою у ФАПі у Волинській (31,9%), Запорізькій (25,9%), Тернопільській (21,2%), Житомирській (19,9%) та Кіровоградській (17,9%) областях. Безпосередньо, майже минаючи первинну ланку, на вторинний рівень (до лікарів-спеціалістів у поліклініку) по медичну допомогу звертались у м. Києві — майже 71% респондентів, у Сумській (72,1%), Харківській (71,3%), Черкаській (71%) та Херсонській (70,7%) областях.

Таблиця 4.1. Причини останнього амбулаторного візиту: розподіл за областями, %

Region	N	Хвороби органів дихання	Хвороби системи кровообігу	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	Хвороби сечостатевої системи	Хвороби ендокринної системи	Хвороби органів травлення	Хвороби ока та придаткового апарату	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	Хвороби нервової системи	Вагітність, пологи та післяпологовий період	Новоутворення	Хвороби вуха та соскоподібного відростка	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	Розлади психіки та поведінки	Хвороби крові і кровоносних органів	Діагноз не встановлено
Україна	3 499	31,2	23,6	7,2	5,5	5,0	4,7	4,7	2,0	1,6	1,6	1,0	0,9	0,8	0,7	0,2	0,1	9,1
Вінницька	141	37,1	32,0	4,9	4,3	2,4	1,3	3,1	3,6	0,6	0,6	0,0	0,5	1,1	0,6	0,0	0,0	8,0
Волинська	75	34,2	35,1	12,6	2,3	2,1	0,0	1,8	0,0	4,2	2,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5
Дніпропетровська	137	33,0	19,9	8,4	7,6	7,5	2,8	3,9	2,7	1,2	0,6	0,0	1,2	0,0	1,4	0,0	0,0	9,8
Донецька	104	28,5	23,3	7,8	6,3	2,6	6,5	5,9	2,2	4,5	0,0	2,5	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	9,2
Житомирська	200	28,7	27,7	11,3	3,5	6,6	3,1	7,7	1,3	3,1	0,8	0,4	0,6	0,0	1,5	0,0	0,4	3,1
Закарпатська	97	40,7	21,3	3,9	9,2	4,6	2,1	4,8	1,0	1,2	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,3
Запорізька	145	42,5	21,2	2,4	9,5	2,6	4,9	4,1	1,3	0,0	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	8,6
Івано-Франківська	153	32,9	16,8	10,8	2,4	8,2	2,9	3,8	1,2	0,7	2,1	0,5	0,0	1,7	1,1	0,5	0,0	14,3
Київська	168	37,5	17,0	4,5	5,1	5,7	5,0	5,3	2,2	2,3	2,5	2,0	1,8	2,6	1,8	0,0	0,6	4,3
Кіровоградська	127	18,6	32,3	8,0	1,5	4,2	9,6	6,7	4,6	0,5	3,8	0,0	0,5	0,0	1,1	0,0	0,0	8,6
Луганська	115	15,3	37,0	6,2	4,8	2,7	3,8	3,6	1,8	2,2	3,8	0,0	0,8	0,0	0,0	0,8	0,0	17,4
Львівська	160	39,0	16,7	11,6	4,5	1,9	1,4	1,4	1,6	0,0	0,4	1,0	0,5	1,9	1,5	0,0	0,4	16,0
Миколаївська	136	23,8	29,0	9,6	6,5	5,5	3,8	4,5	3,2	0,0	2,6	1,0	2,5	0,6	0,8	0,0	0,0	6,4
Одеська	128	21,6	26,8	7,5	5,4	4,6	4,8	3,2	2,3	1,0	0,0	0,8	1,1	1,5	0,0	0,0	0,0	19,3
Полтавська	119	36,0	26,7	5,1	4,6	8,2	3,2	5,4	1,1	0,0	1,5	0,0	2,4	0,7	0,0	0,0	0,0	5,1
Рівненська	169	35,8	19,7	2,6	9,3	3,8	2,9	3,8	1,1	1,7	1,7	0,0	2,4	1,3	1,7	0,0	0,6	11,7
Сумська	93	21,6	25,6	6,8	3,0	6,6	6,0	6,1	1,3	1,3	0,9	0,0	0,0	1,1	0,0	2,3	0,0	17,4
Тернопільська	142	44,4	23,9	7,2	4,0	6,8	2,0	2,6	2,2	2,4	0,6	2,2	1,2	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
Харківська	120	15,4	26,5	8,5	5,3	8,1	4,9	10,8	2,0	5,6	6,8	1,4	1,7	0,8	0,0	0,5	0,0	1,6
Херсонська	157	25,8	23,6	9,9	14,2	7,3	3,2	6,6	2,5	1,1	0,0	0,0	0,5	0,0	0,9	0,0	0,0	4,4
Хмельницька	79	28,6	24,2	5,4	5,1	4,3	2,0	4,3	0,0	2,1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,7
Черкаська	184	24,6	24,6	6,3	5,3	11,6	7,8	3,3	1,8	1,1	1,8	0,0	0,9	1,2	0,4	0,0	0,0	9,3
Чернівецька	179	23,6	24,4	9,1	6,2	3,3	7,0	6,0	0,9	2,0	3,3	0,6	0,0	1,4	0,0	0,9	0,0	11,4
Чернігівська	164	39,4	23,1	5,0	3,4	6,4	3,9	4,6	1,5	2,0	1,3	0,5	0,0	0,5	1,1	0,0	0,0	7,4
м. Київ	207	37,5	19,6	5,2	3,4	2,8	11,3	4,4	3,1	0,3	0,7	3,1	1,3	0,9	0,4	1,0	0,0	4,9

Таблиця 4.2. Тип закладу, у якому надавалася амбулаторна допомога: розподіл за областями

Region	N	Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП), %	Амбулаторія сімейної медицини, %	Центр первинної медико-санітарної допомоги, %	Міська / районна / відомча поліклініка, %	Міська / районна / відомча лікарня, %	Приватна клініка / практика, %	Виклик лікаря додому, %	Інше місце, %
Україна	3851	10,0	13,4	4,2	54,9	6,7	4,2	4,5	2,0
Вінницька	157	9,6	43,2	14,2	20,2	3,1	3,0	4,2	2,4
Волинська	85	31,9	25,7	7,7	21,4	9,3	4,0	0,0	0,0
Дніпропетровська	147	0,6	9,2	7,0	59,7	12,4	3,5	6,6	1,1
Донецька	114	9,3	35,0	4,0	23,7	7,9	2,1	17,4	0,6
Житомирська	218	19,9	14,5	2,4	52,7	2,4	3,1	2,4	2,5
Закарпатська	112	7,4	27,3	5,2	40,7	15,5	0,9	1,9	0,9
Запорізька	159	25,9	11,6	18,3	37,9	1,9	2,5	1,5	0,4
Івано-Франківська	170	13,4	8,9	2,6	56,4	4,5	3,4	4,4	6,4
Київська	185	4,6	10,7	1,1	65,4	6,7	5,0	4,2	2,2
Кіровоградська	136	17,9	0,0	31,2	47,9	0,0	0,5	0,6	1,9
Луганська	127	8,9	5,2	0,0	60,6	14,7	2,1	8,5	0,0
Львівська	173	11,7	16,7	0,4	61,1	3,8	3,6	0,4	2,2
Миколаївська	151	4,4	43,0	4,2	36,5	8,3	0,7	2,2	0,7
Одеська	146	16,9	6,1	4,6	47,8	7,8	8,7	5,9	2,1
Полтавська	135	12,0	23,2	0,0	58,1	3,1	1,8	1,0	0,9
Рівненська	210	13,1	7,3	1,4	65,6	8,7	1,9	1,0	1,0
Сумська	102	5,9	0,0	0,0	72,1	15,8	4,2	2,0	0,0
Тернопільська	143	21,2	1,5	0,0	68,2	3,3	2,0	2,0	1,9
Харківська	124	9,1	3,8	0,0	71,3	2,8	6,8	1,0	5,2
Херсонська	177	3,1	4,5	1,6	70,7	13,1	4,0	2,2	0,9
Хмельницька	91	10,3	2,0	0,9	60,1	19,2	2,5	3,2	1,8
Черкаська	196	8,7	5,7	1,0	71,0	3,8	2,4	4,8	2,6
Чернівецька	186	9,6	30,0	0,4	37,4	13,4	4,1	0,4	4,7
Чернігівська	187	12,0	8,9	4,3	65,7	4,9	1,8	1,6	0,8
м. Київ	220	0,0	1,8	3,7	70,6	1,5	12,0	7,5	3,0

Як уже зазначалось, у 2017 році переважна більшість респондентів (54,9%) зверталась по амбулаторну медичну допомогу в поліклініку (міську, районну або відомчу), причому більшість із них — за територіальним принципом прикріплення — 90% респондентів (рис. 4.5), що на 6% частіше, ніж у 2016 році.

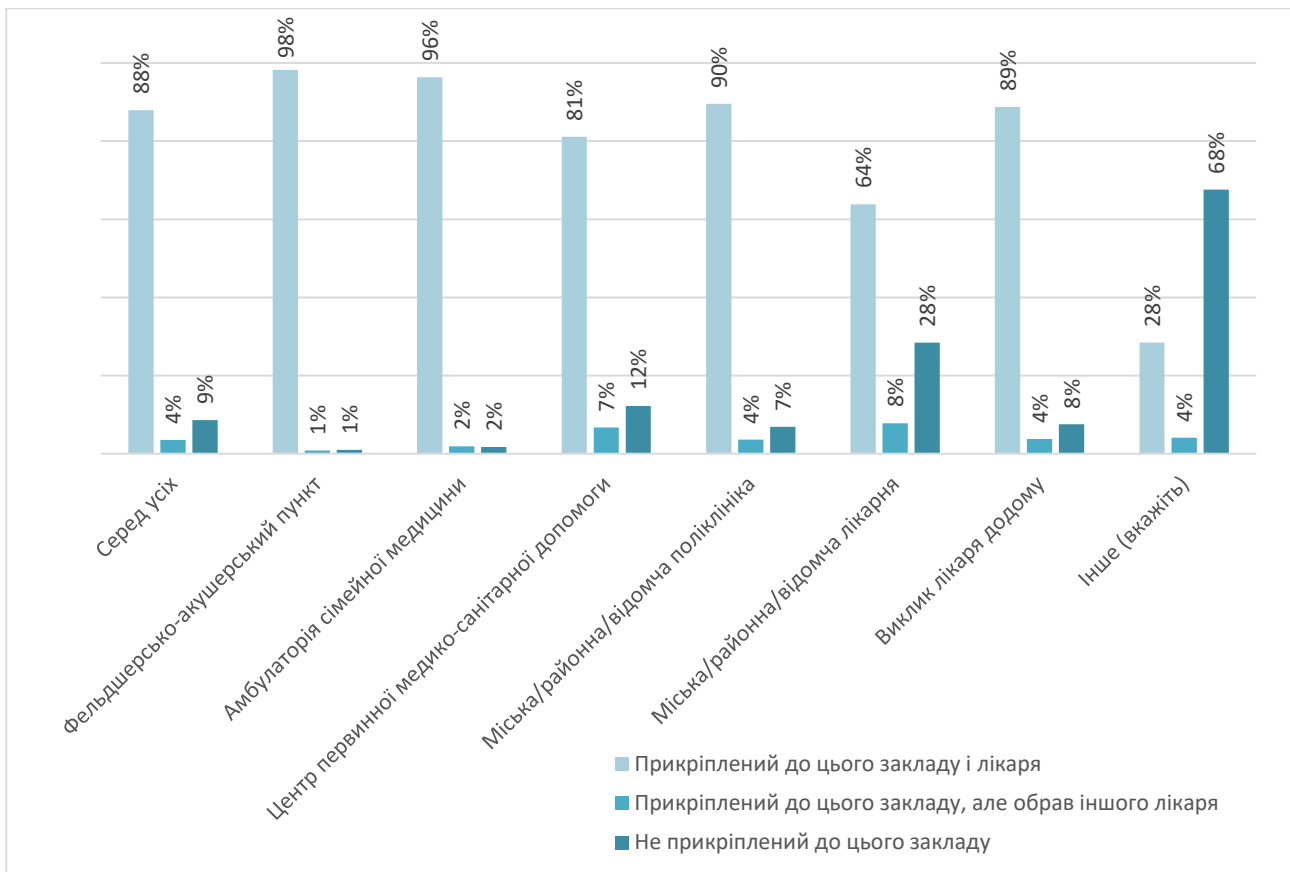


Рис. 4.5. Тип закладу й чи прикріплений до нього пацієнт

Порівняно з 2016 роком вибирали медичний заклад за територіальним принципом у цілому 88% проти 83,7% у 2016 році й за окремими медичними закладами: у ФАПі — 98%, амбулаторії сімейної медицини — 98%, ЦПМСД — 81%. Викликали лікаря додому за територіальним принципом 89% респондентів.

На думку респондентів, компетентність лікаря — це основна причина для майже 40% (33% — у 2016 р.) звернень у медичні заклади або до лікарів, до яких вони не були прикріплені (**рис. 4.6**). Іншими аргументами були: особисте знайомство або рекомендація знайомих — майже 40% (27% — у 2016 р.), наявність необхідного обладнання — майже 17% (16% — у 2016 р.). Цікаво, що доброзичливість лікаря як аргумент вибору в 2017 році знизився майже на 6% (21% у 2016 р. й 15,2% — у 2017 р.). Окрім цього, на користь вибору вплинули й такі чинники, як форма власності закладу (13,1% респондентів назвали це аргументом «за» (у 2016 році цей фактор впливав на 9% респондентів)), зручне розташування — 11,7% (проти 9% у 2016 р.), короткий час очікування (6,8%), фінансова доступність (6,7%).

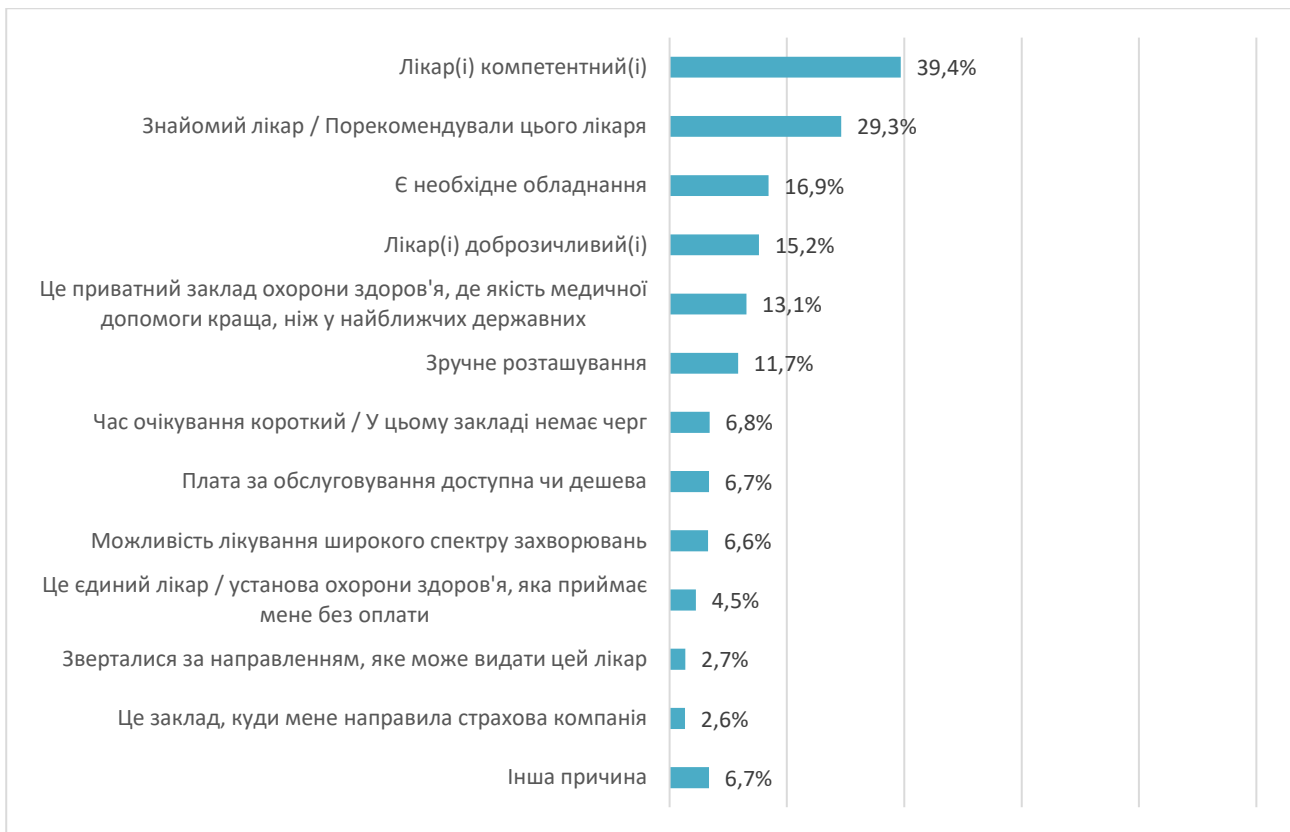


Рис. 4.6. Причини вибору закладу або лікаря, до якого не прикріплений респондент (серед тих, хто вибрав заклад або лікаря, до якого він/вона не прикріплений/а). Можна було обрати кілька варіантів

Як і в минулому році, причини вибору іншого закладу або спеціаліста, аніж того, до якого вони були прикріплені за місцем проживання, попри певне коливання відсотків, є однаковими для всіх областей та соціально-демографічних категорій. Компетентність, рекомендація (або особисте знайомство) та доброзичливість лікарів — основні чинники, що впливають на вибір закладу чи лікаря, й лише потім — інші (включаючи розташування, вартість тощо).

4.3. Витрати «з кишені» на амбулаторну допомогу

За результатами опитування серед тих, хто звертався по амбулаторну допомогу протягом минулих 12 місяців, 58,1% вказали, що вони сплачували за медичну допомогу, з них: 16,2% здійснювали оплату послуг через рахунок благодійного фонду (серед них 64,6% — на вимогу (і цей показник зріс майже на 10% порівняно з 2016 р.), майже 15% (у 2016 р. — 12%) — через касу згідно із офіційними цінами закладу, а майже 10%, як і у минулому році, неофіційно платили безпосередньо лікарю або іншому медичному персоналу (серед них 34,7% — на вимогу і 65,3% — добровільно) (табл. 4.3).

Таблиця 4.3. Оплата «з кишені» за останній амбулаторний візит

	На рахунок благодійного фонду або організації	У касі згідно з офіційними правилами	Неформально	За товари медичного призначення	Загалом
Пацієнти, які сплачували, %	16,2	14,9	9,9	38,6	58,1
Пацієнти, які сплачували, <i>N</i>	556	501	327	1262	1739
Серед платників, на вимогу сплачували, %	64,6	—	34,7	—	—
Медіана платежу, грн	50	100	100	50	80
Середній платіж, грн	259	881	336	136	496
Стат. відхилення, грн	831	7 950	1312	598	4563

Регіональний зріз: найбільший відсоток тих, кому в разі звернення до лікаря доводилося сплачувати власні кошти на рахунок благодійного фонду — в Одеській (30%, серед яких у чверті випадків такі платежі відбувалися на вимогу), Харківській (30%) областях та 31% — у м. Києві (*рис. 4.7*).

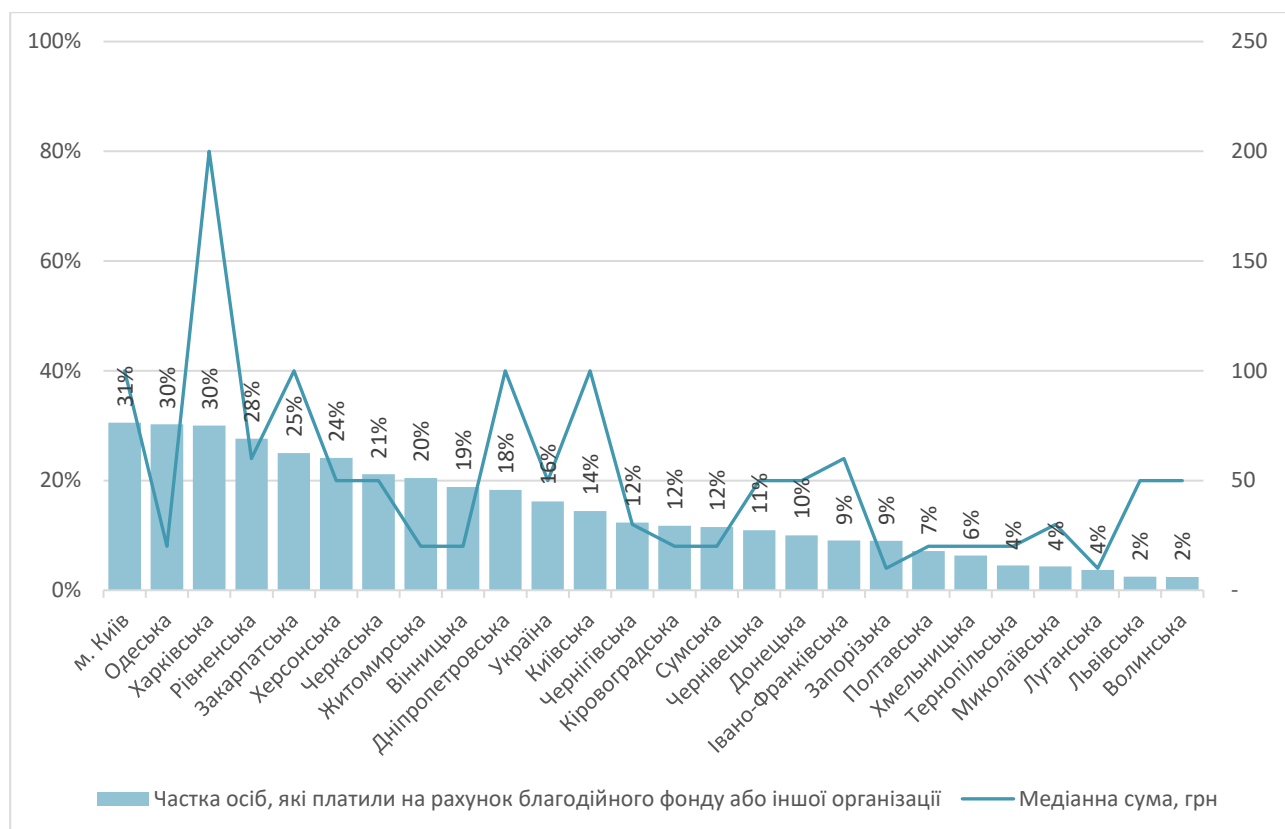


Рис. 4.7. Частка пацієнтів, які сплачували за амбулаторну допомогу на рахунок благодійного фонду або іншої організації, і медіанна сума: розподіл за областями

Найбільша частка тих, хто платив у касі згідно з офіційними правилами, була в Харківській області (43%) та м. Києві (38%) і найменші — у Миколаївській (1%), Луганській (2%) і Тернопільській (3%) (рис. 4.8).

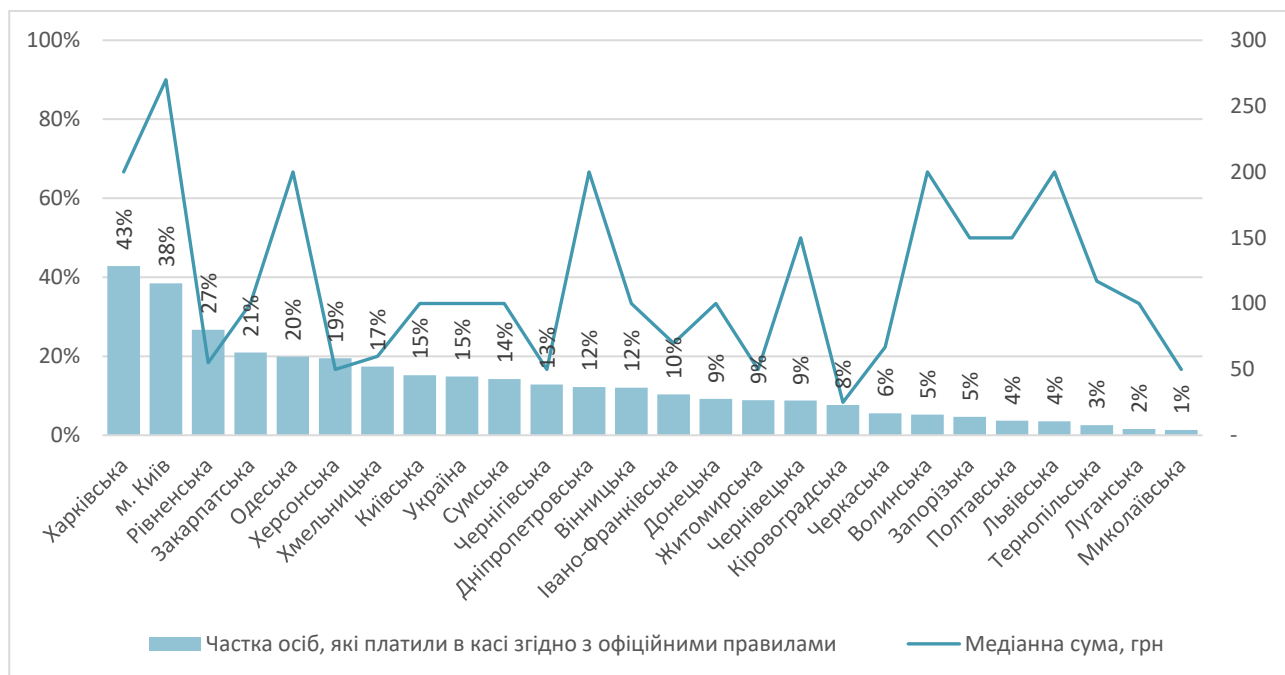


Рис. 4.8. Частка осіб, які сплачували за амбулаторну допомогу в касі згідно з офіційними правилами, і медіанна сума: розподіл за областями

Неофіційні платежі найбільш поширені, як і у 2016 році, у Хмельницькій області — 32% (що на 6% менше, ніж у попередньому році) і Закарпатській області — 30% та в м. Києві — 21% (у 2016 р. — 22%) (рис. 4.9).

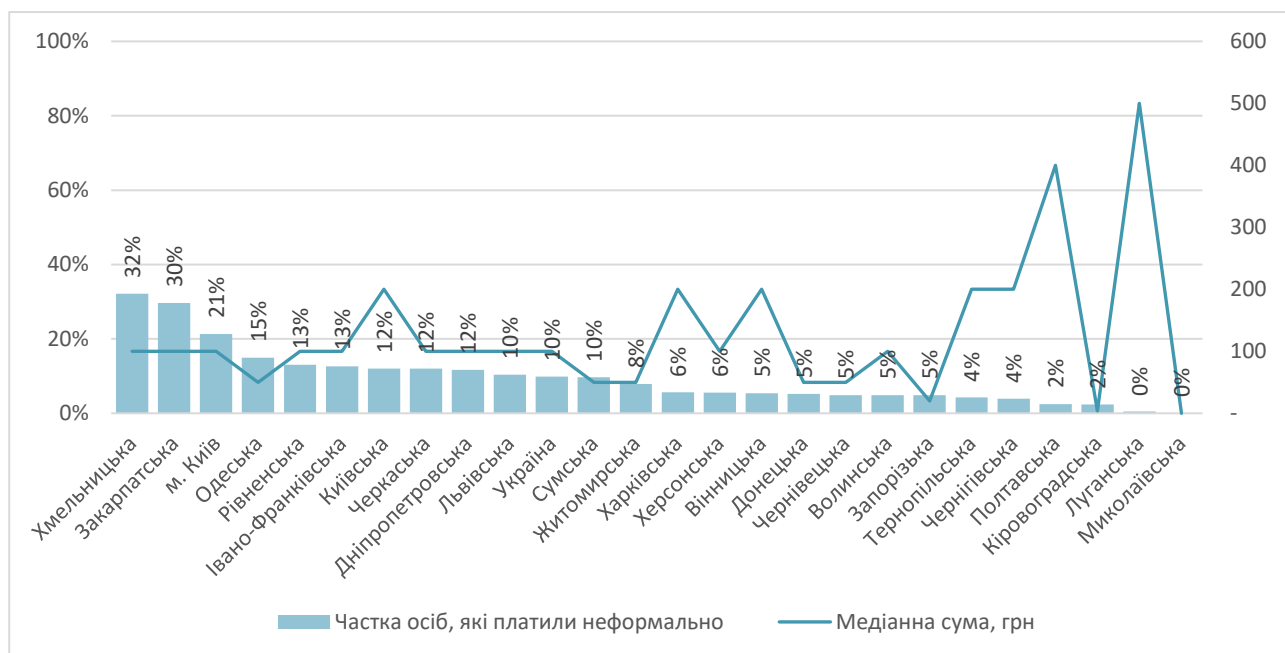


Рис. 4.9. Частка осіб, які сплачували за амбулаторну допомогу неформально, і медіанна сума: розподіл за областями

Найбільша частка респондентів із тих, що скористалися амбулаторною допомогою, платили за товари медичного призначення в Кіровоградській (66%) і Дніпропетровській (60%) областях, і найменша — в Луганській і Тернопільській (близько 17%) (*рис. 4.10*).

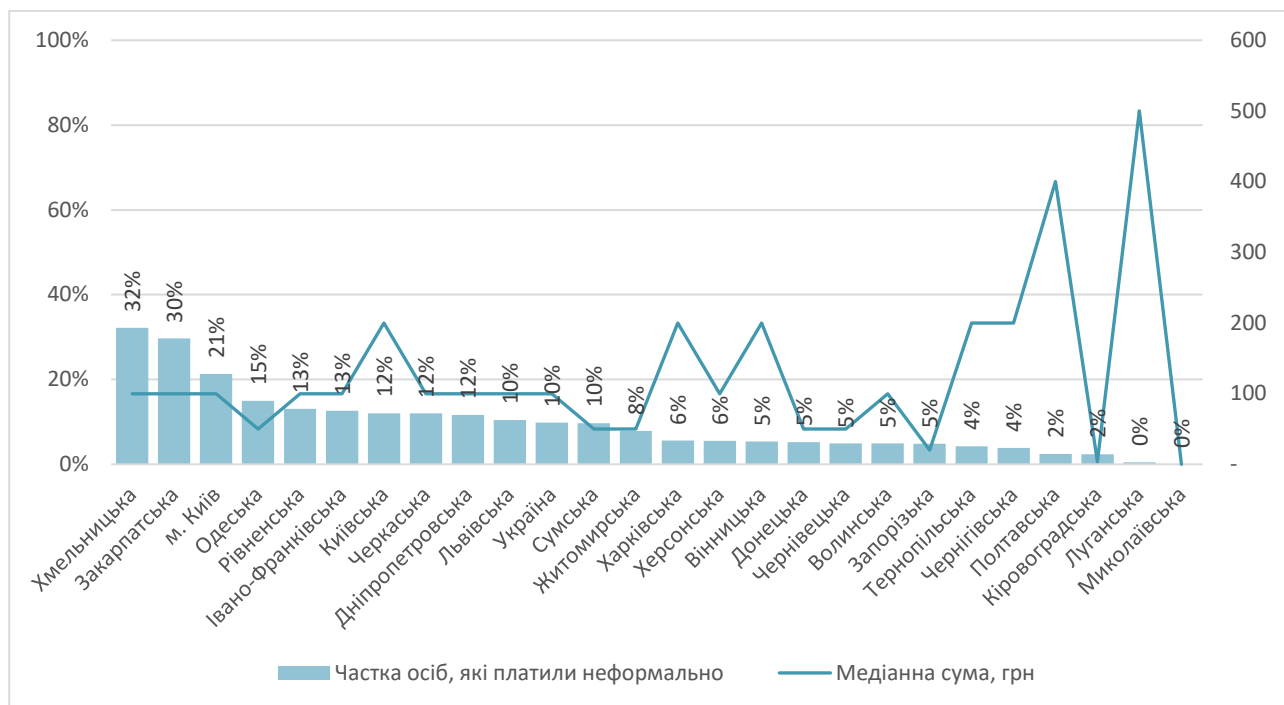


Рис. 4.10. Частка осіб, які сплачували за амбулаторну допомогу за товари медичного призначення, і медіанна сума: розподіл за областями

Середній розмір платежу на рахунок благодійного фонду (серед тих, хто споживав та сплачував) у 2017 році значно зріс — 50 грн медіана й 404 грн — середнє (значна різниця між якими та статистичне відхилення свідчать про високу варіацію даних, як і в наступних випадках, платежів пацієнтів) (проти 20 грн та 77 грн відповідно, у 2016 р.), середній розмір неофіційних платежів знизився і становив у 2017 році 326 грн (630 грн — середнє у 2016 році).

4.4. Проходження лабораторних та діагностичних обстежень

За даними опитування 2017 року більшість респондентів (67,6% — по Україні) протягом останнього року здавали аналізи, проходили діагностику (50,8%) (*рис. 4.11; 4.12*).

Варто підкреслити, що половина тих, хто здавав аналізи (47,3%), платили за них у середньому 245 грн (*табл. 4.4*).

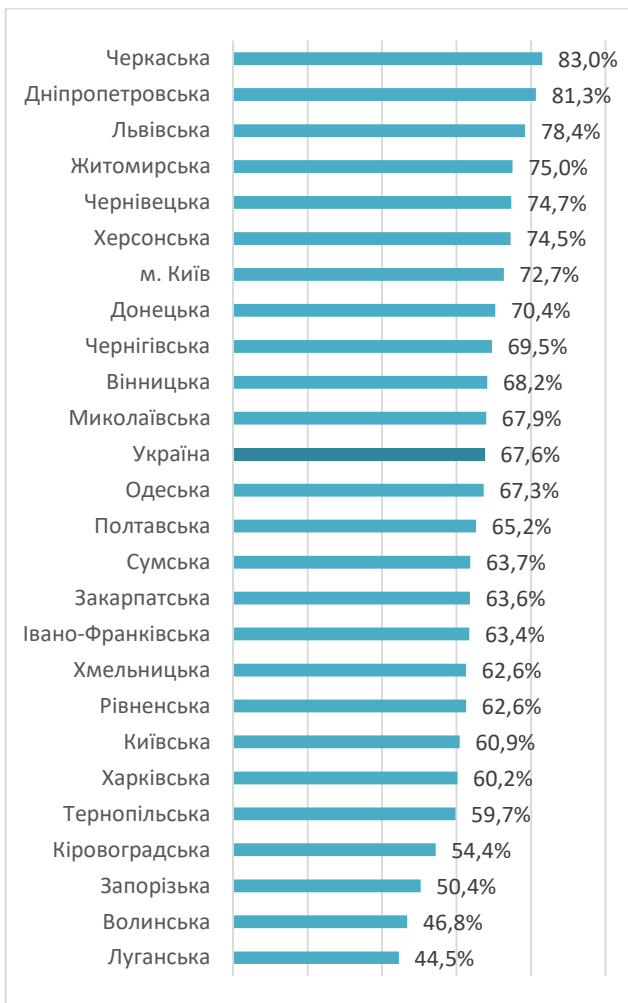


Рис. 4.11. Здавали аналізи протягом останніх 12 місяців: розподіл за областями (серед усіх респондентів)

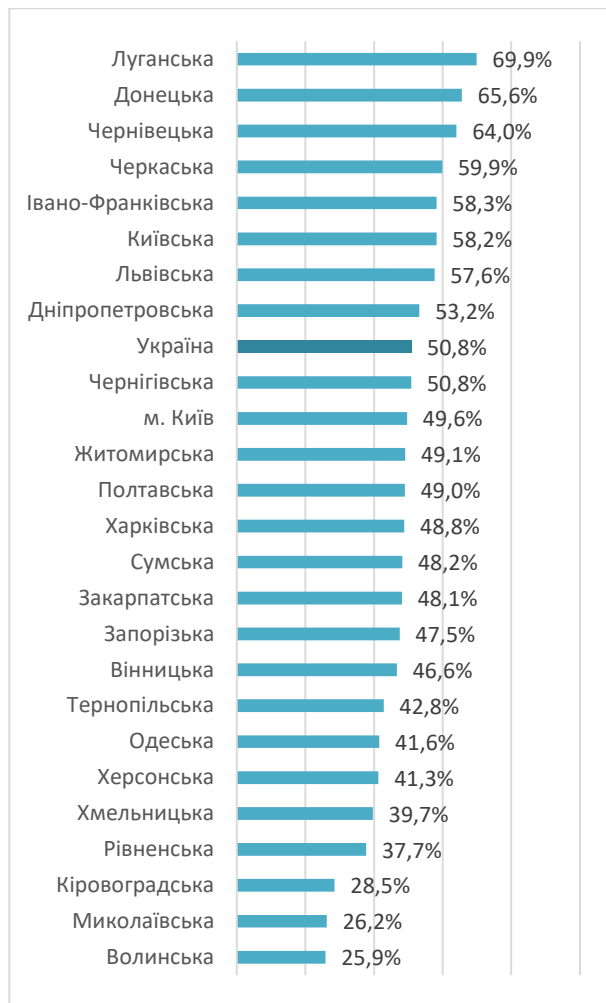


Рис. 4.12. Проходили діагностику протягом останніх 12 місяців: розподіл за областями (серед усіх респондентів)

Таблиця 4.4. Проходження лабораторно-діагностичних тестів і витрати на них протягом останніх 12 місяців

Тип послуги	Частка респондентів, які користувалися, %	З них частка респондентів, які платили, %	Тип закладу, %	Суми оплати, грн
Здавали аналізи	67,6	47,3	державний 85,5 приватний 14,5	середнє 245 медіана 60
Проходили діагностику	50,8	53,6	державний 81,8 приватний 18,2	середнє 327 медіана 18

Серед тих, хто проходив діагностику за останній рік (50,8%), майже 54% сплачували за неї в середньому 327 грн.

Серед споживачів амбулаторної допомоги за останній рік здавали аналізи трохи більше жінок, ніж чоловіків (69% проти 65%), а проходили діагностику, навпаки, трохи більше чоловіків, ніж жінок (53% проти 49%). За віком частіше здавали аналізи люди до 59 років включно (69–71% проти 63% серед людей 60 років і старших), а проходили діагностику ті, кому 45–59 років (54% проти 49–51% серед інших вікових категорій). Частка тих, хто здавав аналізи, і тих, хто проходив діагностику, була вищою серед містян і поступово збільшувалася зі збільшенням рівня освіти респондентів. З доходами лінійний зв'язок не спостерігався.

До приватних закладів по лабораторні та діагностичні послуги частіше зверталися люди молодшого віку, жителі міст, респонденти з вищою освітою і більшим доходом, а також трохи частіше жінки, ніж чоловіки.

4.5. Фінансовий тягар

Серед респондентів, які платили за амбулаторну допомогу та/або лабораторно-діагностичні послуги, 53% сказали, що їм було складно знайти кошти, щоб покрити всі витрати, і 46% навіть позичали для цього кошти. Проте як частка тих, хто сплачував за будь-які компоненти амбулаторної допомоги (63% у 2016 р. і 58% у 2017 р.), так і частка тих, хто за неї платив (67% у 2016 р. і 53% у 2017 р.), зменшилася у 2017 році порівняно з 2016 роком. Частка тих, хто позичав кошти на оплату, зросла з 37% у 2016 році до 46% у 2017 році.

Один із п'яти респондентів сказав, що протягом минулого року хоча б один раз відмовлявся (19%) або відкладав (19%) лікування через брак коштів.

За сприйняттям респондентів найменше змінилася доступність амбулаторної допомоги як від сімейних лікарів / дільничних терапевтів, так і від вузьких спеціалістів, у Донецькій області (87% і 89% респондентів, відповідно, відповіли «не змінилася»), а найбільше погіршилася фінансова доступність амбулаторної допомоги в Миколаївській і Харківській областях та м. Києві) (*рис. 4.13, рис. 4.14*). За сприйняттям респондентів найбільше покращилася фінансова доступність амбулаторної допомоги в Івано-Франківській (10% — від сімейних лікарів / дільничних терапевтів і 6% — від вузьких спеціалістів) та Львівській (по 6%) областях.

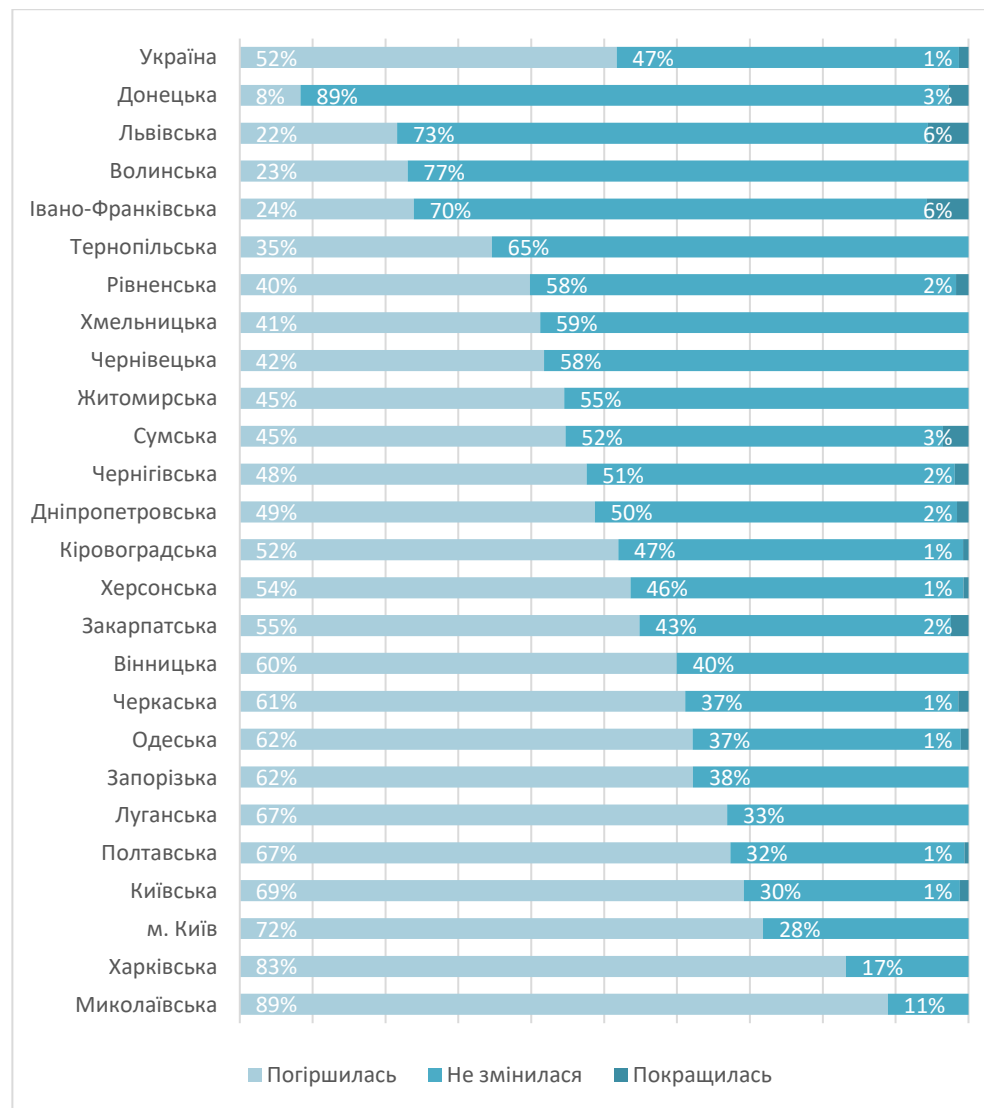
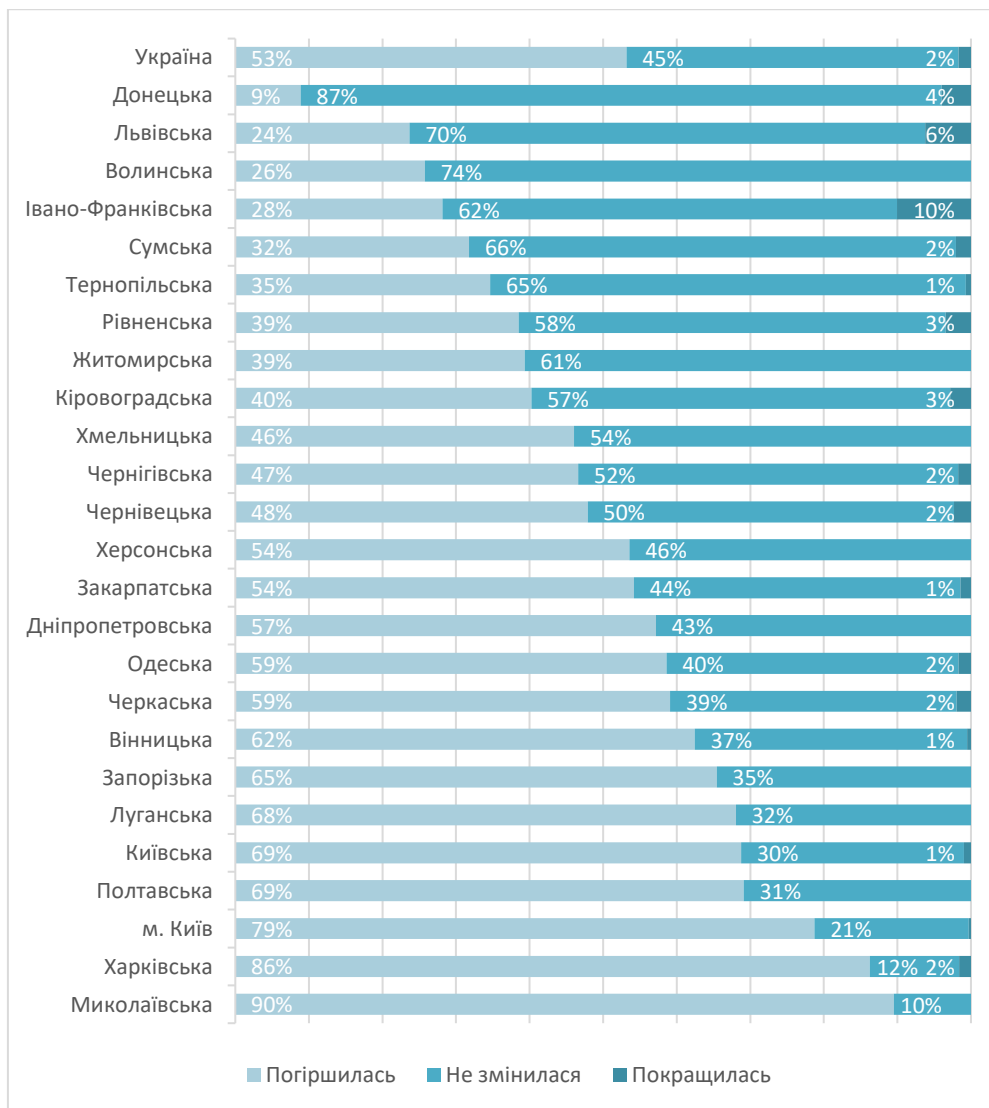


Рис. 4.13. Сприйняття зміни фінансової доступності медичної допомоги, що надається сімейними лікарями та дільничними терапевтами

Рис. 4.14. Сприйняття зміни фінансової доступності медичної допомоги, що надається вузькими спеціалістами в поліклініці

Незважаючи на те, що респонденти переважно не помічали збільшення фінансової доступності амбулаторної медичної допомоги, у півтора раза — з 39% до 28% — зменшилася у 2017 році порівняно з 2016 роком частка тих, хто не відвідував протягом останніх 12 місяців лікаря, коли був хворий, через брак коштів (*рис. 4.15*). І найбільшим — у 2,1 раза (з 44% у 2016 р. до 21% у 2017 р.) — це зменшення було у Миколаївській області.

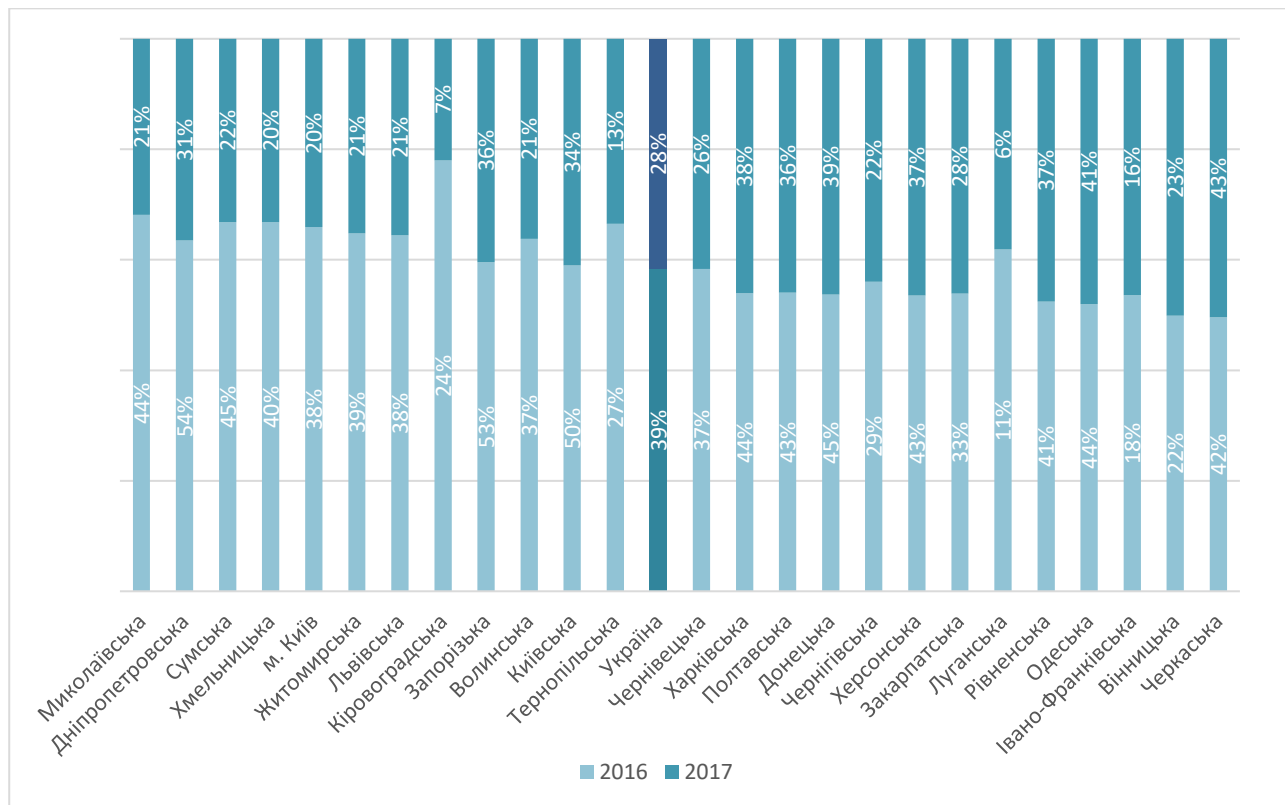


Рис. 4.15. За останні 12 місяців скільки разів Ви були хворі, але не відвідали лікаря взагалі через брак коштів? (серед усіх респондентів): 2016 і 2017 роки Відсортовано за величиною змін

4.6. Оцінювання аспектів отриманої амбулаторної допомоги

Як і в 2016 році, споживачам амбулаторної допомоги було запропоновано оцінити окремі її аспекти (*рис. 4.16*).

Найвищі оцінки отримали такі аспекти, як чемність лікарів у спілкуванні з пацієнтами та їхніми родинами (майже 64% оцінили цей аспект як «добре» / «дуже добре», у 2016 році цей показник становив 54%), а також зрозумілість лікарських пояснень пацієнтам (відповідно 58,8% проти 50%). Найменше балів отримав такий чинник, як можливість безоплатно отримати необхідні діагностичні обстеження, лабораторні аналізи та лікувальні процедури (позитивно оцінили майже 21% (у 2016 році — 19%) опитаних. У цілому надання амбулаторної медичної допомоги позитивно оцінили 35% респондентів, що на 2% менше, ніж у 2016 році.



Рис. 4.16. Оцінювання різних аспектів надання амбулаторної допомоги як «добре» або «дуже добре»

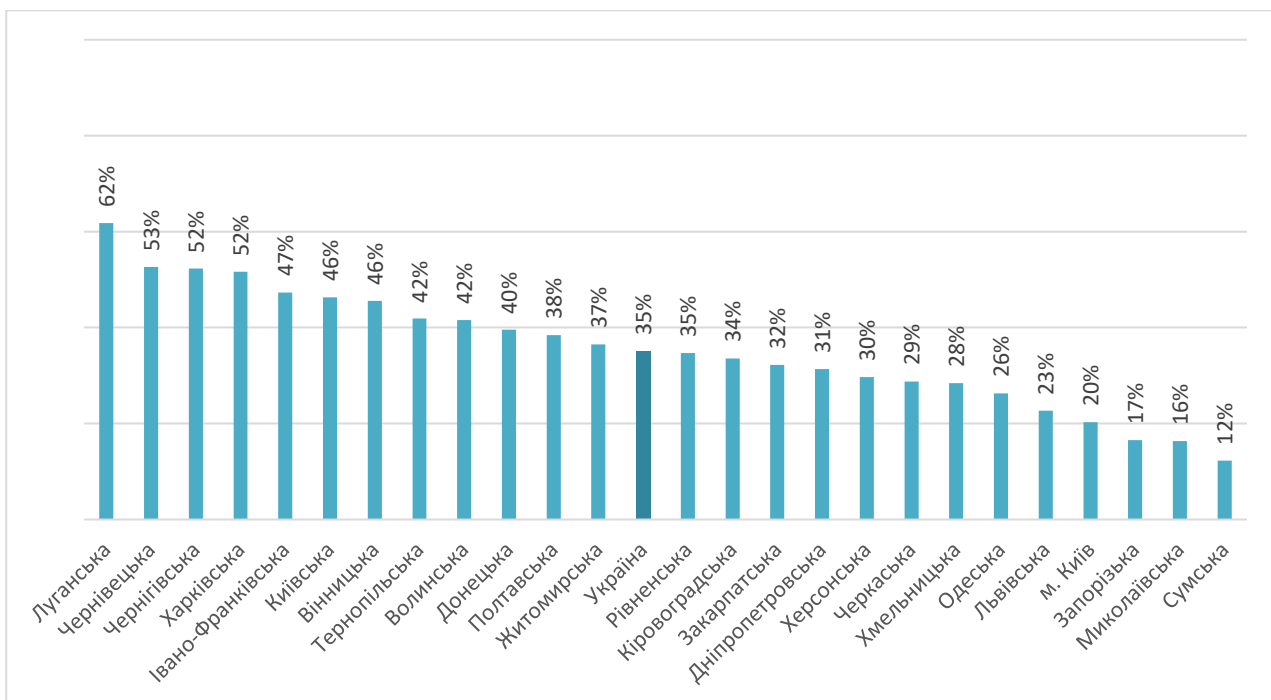


Рис. 4.17. Загальне оцінювання надання амбулаторної допомоги як «добре» або «дуже добре»: розподіл за областями

Таблиця 4.5. Оцінювання різних аспектів надання амбулаторної допомоги як «добре» або «дуже добре»: розподіл за областями, %

Регіон	Результативність лікування	Чемність лікарів у спілкуванні з пацієнтами та їхніми родинами	Зрозумілість лікарських пояснень пацієнтам	Територіальна зручність розташування медичного закладу	Умови, в яких надається медична допомога	Графік роботи	Можливість безоплатного отримання необхідного діагностичного обстеження	Зрозумілість та прозорість оплати за допомогою	Дотримання медичним персоналом гігієни огляду та процедур	Наявність необхідного обладнання	Загальна оцінка надання амбулаторної медичної допомоги
Україна	51	64	59	40	43	42	21	30	38	24	35
Вінницька	57	74	72	32	50	44	26	40	51	26	46
Волинська	31	73	60	53	51	39	19	36	45	21	42
Дніпропетровська	51	64	63	51	42	38	25	33	48	27	31
Донецька	63	65	57	47	47	43	23	26	40	27	40
Житомирська	48	59	49	51	46	59	20	27	22	26	37
Закарпатська	59	59	56	35	38	38	14	41	40	21	32
Запорізька	32	33	31	10	13	20	21	13	14	11	17
Івано-Франківська	58	76	69	48	48	52	22	32	57	28	47
Київська	62	76	72	39	60	63	10	22	32	22	46
Кіровоградська	31	71	62	38	40	43	14	48	42	23	34
Луганська	67	78	73	35	43	36	32	58	69	31	62
Львівська	60	54	56	49	41	37	26	18	31	19	23
Миколаївська	21	37	30	12	28	15	9	5	24	11	16
Одеська	39	56	51	27	37	38	15	30	38	23	26
Полтавська	48	62	55	40	45	52	33	42	42	14	38
Рівненська	50	53	46	39	37	40	28	27	31	23	35
Сумська	21	22	19	19	13	21	6	14	17	12	12
Тернопільська	74	78	75	51	53	47	31	48	38	28	42
Харківська	73	96	88	53	56	67	23	43	42	55	52
Херсонська	49	64	53	36	51	38	10	18	48	18	30
Хмельницька	42	42	29	26	32	30	25	19	36	31	28
Черкаська	40	52	50	43	36	32	11	18	39	23	29
Чернівецька	63	79	74	67	70	73	46	50	61	32	53
Чернігівська	71	89	83	51	68	59	26	35	59	28	52
м. Київ	36	62	57	31	36	25	9	23	22	16	20

Позитивно надання амбулаторної медичної допомоги оцінили жителі Луганської (62%), Чернівецької (53%) та Чернігівської (52%) областей, найгірше — жителі Сумської (12%), Миколаївської (16%) та Запорізької (17%) областей, а також м. Києва (20%) (див. *рис. 4.17, табл. 4.5*).

Найважливішими аспектами надання амбулаторної допомоги, за оцінками респондентів, є результативність лікування (найважливішим аспектом її вважають 85,3% респондентів, що майже на 25% більше, ніж у 2016 р.) та можливість безоплатно отримати необхідні діагностичні обстеження, лабораторні аналізи та лікувальні процедури (їх назвали важливими у 2017 р. 44,1% респондентів, тоді як у 2016 р. — 50%) (*рис. 4.18*).



Рис. 4.18. Найважливіші аспекти надання амбулаторної допомоги

Отже, дослідження задоволеності амбулаторною медичною допомогою у 2017 році, хоча багато в чому і збігається з показниками 2016 року, проте демонструє певні тенденції:

- зберігається тенденція неефективності використання мережі закладів, з перекосом у бік вузьких спеціалістів;
- вкрай малий відсоток отримання амбулаторної допомоги через «маршрутизацію», тобто постійно;
- зростає кількість респондентів, які обирають медичний заклад чи лікаря за територіальним принципом;
- зберігається, а в певних регіонах навіть зростає, потреба в ФАПх.

Залишається високий відсоток платних (як офіційних, так і неофіційних) послуг в амбулаторній ланці, особливо в діагностичному секторі.

Розділ 5

СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Авторка:

- *Марина Шевченко, Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»*

Основні результати розділу

- 15,4% серед усіх опитаних респондентів ($N = 1558$) мали випадки госпіталізації протягом останніх 12 місяців року.
- 44,2% споживачів стаціонарної допомоги відмітили, що були госпіталізовані за направленням лікаря.
- 59,6% споживачів стаціонарної допомоги наголосили, що сплачували за ліки і товари медичного призначення: кожен третій респондент — на рахунок благодійного фонду або іншої організації, серед них — 66,9% на вимогу; кожен четвертий — в касу закладу відповідно до затверджених тарифів. 24,4% сплачували неофіційно, серед них 54,6% — на вимогу.
- Середній сумарний розмір витрат під час госпіталізації склав у цілому 2468,72 грн (стандартна похибка — 303,15 грн, медіана — 250 грн).
- Сумарні витрати за госпіталізацію протягом останніх 30 днів становили 52,5% доходу їхніх домогосподарств, що є фінансовим тягарем для таких пацієнтів.
- Кожен четвертий респондент має досвід відмови від госпіталізації через брак коштів.
- 57% опитаних відмітили, що вони або цілком задоволені, або скоріше задоволені наданням стаціонарної медичної допомоги.

Організація та фінансування стаціонарної медичної допомоги заслуговує на увагу з огляду на внутрішні й зовнішні зміни в системі: попит на медичні послуги (зміна потреб населення в таких послугах); ресурси (нові медичні технології та знання); вимоги та обмеження, спричинені соціально-економічною ситуацією (зокрема, постаріння населення, міграційні процеси). Особливої ваги ці зміни набувають у процесі проведення реформ національної системи охорони здоров'я. Також змінюються й вимоги та очікування споживачів медичних послуг.

Незважаючи на зміни, які відбуваються в усіх системах охорони здоров'я, стаціонарний сектор в цілому залишається найбільш ресурсозатратним^{35, 36, 37, 38}. На фінансування лікарняного сектору припадає значна частка витрат на охорону здоров'я (наприклад, у Румунії, Болгарії, Польщі, Австрії, Франції та Італії стаціонарний сектор перебирає на себе третину загальних витрат охорони здоров'я, а в Греції — 41%, включаючи денний догляд у лікарнях). У лікарнях зайнято майже 50% усіх лікарів і $\frac{3}{4}$ медичних сестер. Через технологічні інновації та розвиток медицини зростає вартість даного виду допомоги.

Особливої уваги потребують і проблеми стратегічного планування ресурсів, якості й безпеки медичної допомоги, необхідність стримування зростання витрат, потреба в удосконаленні організації надання стаціонарної допомоги залежно від інтенсивності лікувально-діагностичного процесу, зменшення необґрунтованих госпіталізацій і термінів перебування на лікуванні³⁹.

У 2016 році стаціонарна медична допомога надавалася населенню в 1509 закладах з ліжковим фондом понад 290 тис. ліжок^{40, 41}. Кількість закладів і ліжковий фонд усе ще залишається досить значним, хоча за останні 5–7 років мережа скоротилася на 40%. Це пов'язано із реорганізацією мережі, в основному за рахунок дільничних і малопотужних міських лікарень, подальшим розвитком первинної медичної допомоги, використанням стаціонарозамінних технологій.

Показник кількості лікарняних ліжок в Україні становить 7,4 на 1000 жителів (для порівняння у країнах-членах ОЕСР⁴² — у середньому 4,7 на 1000 населення, однак він залишається особливо високим у Японії (13,2) та Кореї (11,5)⁴³.

Упродовж 2016 року в стаціонари було госпіталізовано 8,5 млн осіб, які перебували в них на лікуванні в середньому 10,8 днів (у т.ч. середнє перебування хворого на ліжку в ЦРЛ становило 9,4, міських лікарнях — 10,1 днів) (країни ОЕСР-35 — 7,8 днів). Рівень госпіталізації склав 20,2 особи на 100 жителів⁴⁴ (країни ОЕСР-35 — 15,6 на 100 жителів⁴⁵).

³⁵ Hospitals in a changing Europe/ Edited by Martin Mckee & Judith Healy/ Published by Open University Press European Observatory on Health Care Systems series. 2002, 295 p.

³⁶ Linda H Aiken, Koen Van den Heede et al Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States BMJ 2012; 344 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717> (Published 20 March 2012).

³⁷ Ministerial Statement The next generation of health reforms OECD Health Ministerial Meeting 17 January 2017. / <http://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017>.

³⁸ Priti Prasad Shah In patient satisfaction survey- how does it help our health care delivery system (the patient, the health care giver and the organization)? International Surgery Journal Shah PP. Int Surg J. 2017 Oct;4(10):3280-3287 DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20174140>.

³⁹ OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

⁴⁰ Дані Центру медичної статистики МОЗ України.

⁴¹ Система МОЗ України.

⁴² ОЕСР – Організація економічного співробітництва і розвитку.

⁴³ Там же. OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. 2017. P. 30.

⁴⁴ Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017, С. 167–173.

⁴⁵ Дані 2015 р.

Враховуючи український контекст, доступність і поширення інформації про організацію та фінансування медичної допомоги, дослідження досвіду й думки людей є надзвичайно важливими. Більше того, таке опитування домогосподарств, як і пацієнтів, сприятиме залученню людей до процесів поліпшення організації та управління стаціонарною допомогою.

У даному розділі представлено аналіз окремих індикаторів, які стосуються ключових характеристик надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню України. Дані опитування дають можливість оцінити потреби людей у стаціонарній допомозі, рівень доступу до медичних послуг, їх якість, а також задоволеність її наданням.

5.1. Звернення по стаціонарну допомогу

Згідно з результатами опитування 15,4% ($N = 1558$) респондентів віком 18 років і старших повідомили, що протягом останніх 12 місяців року мали випадки госпіталізації, тобто майже кожен шостий респондент отримав стаціонарну медичну допомогу⁴⁶.

16,5% жінок вказали про випадки госпіталізації проти 14,1% чоловіків (*рис. 5.1*). Найбільша частка респондентів, які були госпіталізовані, зафіксована серед осіб віком 60 років і старших (відповідно 19,9%), найнижча — серед молоді віком від 18 до 29 років (на рівні 12,6%). За даними опитування не виявлено суттєвих відмінностей між жителями міської та сільської місцевостей (відповідно 15,3% та 15,7%).

Найбільше скористалися стаціонарною допомогою особи з рівнем доходів 1000–2000 грн (17,9% осіб з доходами до 1000 грн; 17,6% — 1001–1500 грн; 17,5% — 1501–2000 грн), хоча значних відмінностей між групами з різними фінансовими можливостями не зафіксовано (максимальний розрив між показниками — до 4,0%).

Щодо регіональних особливостей наголосимо, що найменший відсоток тих, хто повідомив про госпіталізацію, зафіксовано серед мешканців Луганської (5,8%), Закарпатської (10,7%), Волинської (11,8%), Сумської (12,1%), Хмельницької (12,6%) і Вінницької (12,8%) областей; найвищий — у Черкаській (25,9%, або практично кожен четвертий респондент), Київській (20,8%), Дніпропетровській (19,6%) і Житомирській та Кіровоградській (відповідно 19,1% і 19,0%) областях (*рис. 5.2*).

⁴⁶ Не включено перебування на лікуванні у денних стаціонарах, госпіталізацію з дитиною.

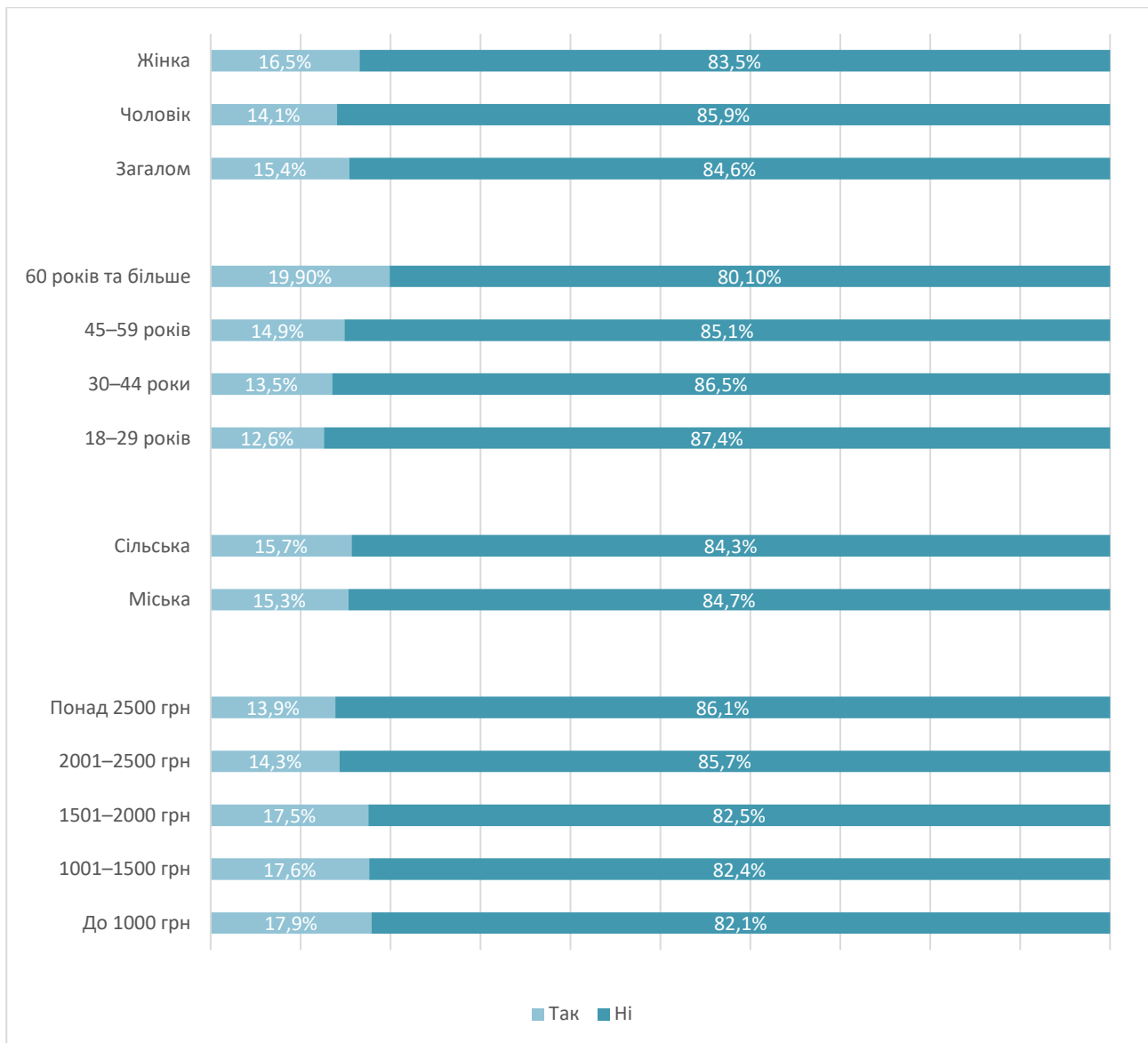


Рис. 5.1. Послугування стаціонарною медичною допомогою: розподіл за статтю, віком, місцем проживання та рівнем доходів на одну особу

Серед тих, хто мав досвід госпіталізації протягом останнього року, 85,1% респондентів вказали на один випадок госпіталізації протягом останніх 12 місяців, 10,6% — були двічі госпіталізовані, майже 5% — три і більше випадків. Значних відмінностей щодо кількості госпіталізацій за віком і типом місцевості немає. Однак 17,3% респондентів віком 60 років і старших зазначили, що були госпіталізовані два і більше разів. Це можна пояснити накопиченням хронічної патології та множинністю захворюваності в людей старшого віку. Часті загострення й ускладнення, що виникають у зв'язку із захворюваннями, формують і відповідні потреби в наданні медичної допомоги, включаючи й медико-соціальну та довготривалу допомогу. Аналогічна ситуація характерна і для осіб з рівнями доходів до 1000 грн (20,7% респондентів мали дві і більше госпіталізацій, що може свідчити про значний

тягар хвороб, у т.ч. хронічних, серед цих категорій — населення, що потребує як стаціонарного лікування, так і надання медико-соціальних послуг.

За даними опитування середній термін перебування хворого у стаціонарі становив 14,8 ночей (медіанне значення показника для всіх груп респондентів — 10 днів, що в цілому відповідає даним офіційної статистики перебування у стаціонарах вторинного рівня); діапазон коливань — 34,4% (до 7 днів)÷42,9% (14 днів) при цьому практично кожен п'ятий респондент перебував у стаціонарі понад два тижні.

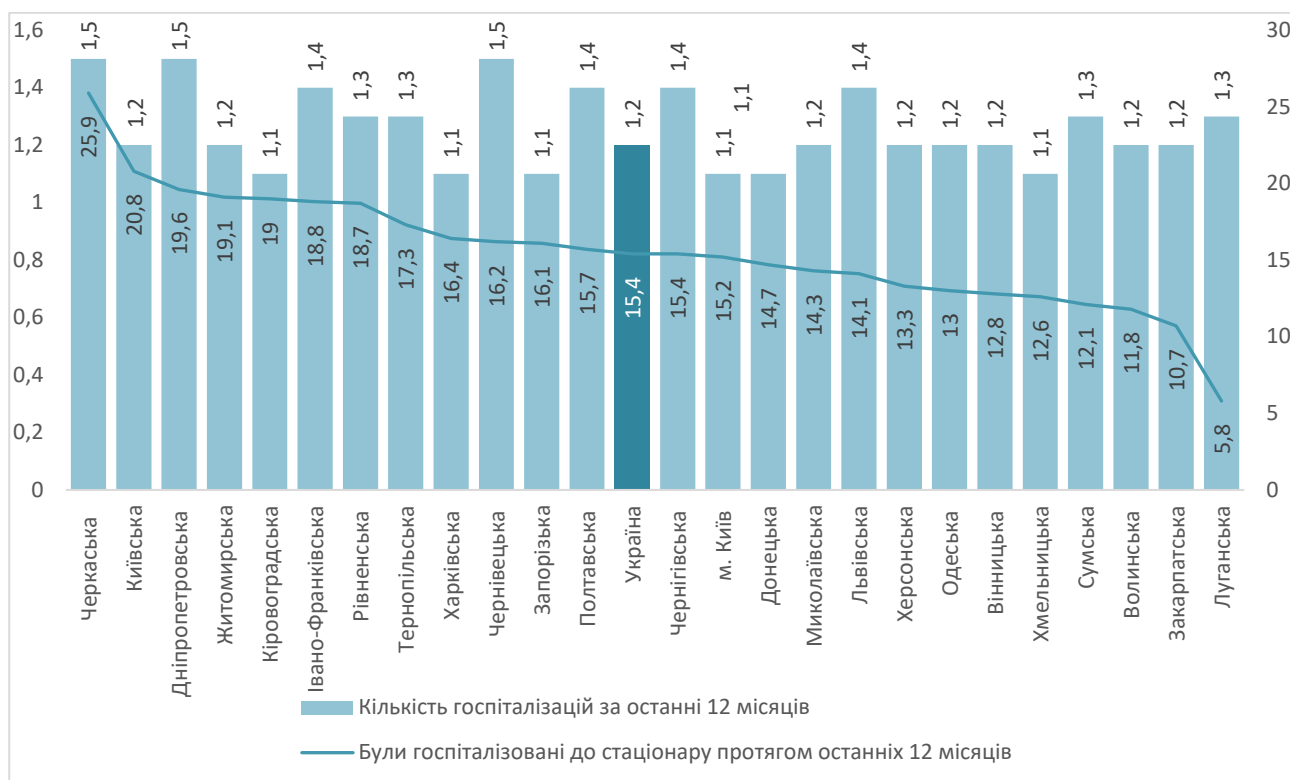


Рис. 5.2. Частка респондентів, які були госпіталізовані протягом останніх 12 місяців, і середнє значення кількості госпіталізацій: регіональний розподіл

Зафіксовано окремі відмінності щодо термінів перебування на лікуванні. Зокрема, жінки проводили у стаціонарі 13,6 ночей, чоловіки — 16,5, при цьому 42,9% останніх вказали на їхній термін перебування у стаціонарі в діапазоні від 1 до 2 тижнів. Щодо типу поселень, то значних коливань величини показників не виявлено. Варто зазначити, що даний показник суттєво коливається серед груп із різними рівнями доходів. Так, найвищий показник щодо кількості проведених ночей у стаціонарі зафіксовано серед респондентів з рівнями доходів до 1000 грн (16,7 ночей) і 1501–2000 грн (17,4 ночей).

Щодо тривалості перебування у стаціонарі, то майже кожен другий респондент із рівнями доходів 1001–1500 грн, 1501–2000, понад 2500 грн перебували на лікуванні від одного до двох тижнів (відповідно 46,5%, 45,5%, 42,6%) (*табл. 5.1*).

Таблиця 5.1. Термін перебування у стаціонарі за останні 12 місяців (серед пацієнтів стаціонару): розподіл за статтю, віком, місцем проживання та рівнем доходів домогосподарств у розрахунку на одну особу

Критерії розподілу	Респонденти, % / N	Термін перебування у стаціонарі			
		до 1 тижня	від 1 до 2 тижнів	більше 2 тижнів	
Загалом	%	34,4	42,9	22,7	
	N	529	714	354	
СТАТЬ	чоловік	%	29,5	47,3	23,2
		N	136	252	116
	жінка	%	37,8	39,9	22,3
		N	393	462	238
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	%	53,3	27,9	18,8
		N	106	48	34
	30–44 роки	%	44,6	36,4	19,0
		N	140	120	59
	45–59 років	%	27,7	48,4	23,9
		N	130	210	102
	60 років та більше	%	22,9	50,9	26,3
		N	153	336	159
ТИП МІСЦЕВОСТІ	міська	%	33,3	43,6	23,1
		N	307	462	220
	сільська	%	36,6	41,5	21,8
		N	222	252	134
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	%	38,3	34,3	27,5
		N	81	73	54
	1001–1500 грн	%	32,3	46,5	21,2
		N	122	196	93
	1501–2000 грн	%	27,6	45,5	26,9
		N	79	138	70
	2001–2500 грн	%	44,2	37,7	18,0
		N	47	45	18
	понад 2500 грн	%	34,4	42,6	23,0
		N	55	76	40

31,2% опитаних вказали, що причиною їхньої останньої госпіталізації у стаціонар стали хвороби органів дихання, 23,6% — хвороби органів кровообігу. Це в цілому відповідає структурі первинної захворюваності населення країни⁴⁷. Остання госпіталізація також була пов'язана із захворюваннями кістково-м'язової системи та сполучної тканини (7,2%), травмами, отруєннями та деякими іншими наслідками дії зовнішніх причин (5,5%), хворобами сечостатевої, ендокринної систем та органів травлення (відповідно 5,0%, 4,7%, 4,7%) (*табл. 5.2*).

⁴⁷ Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017, С. 40.

Таблиця 5.2. Причини останньої госпіталізації: загалом серед усіх респондентів

Регіон	Україна	
	%	N
Діагноз не встановлено	9,1	304
Хвороби системи кровообігу	23,6	963
Хвороби органів дихання	31,2	1006
Вагітність, пологи та післяпологовий період	1,0	22
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	7,2	250
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	5,5	166
Хвороби сечостатевої системи	5,0	186
Новоутворення	0,9	34
Хвороби ендокринної системи	4,7	178
Хвороби нервової системи	1,6	58
Хвороби ока та придаткового апарату	2,0	65
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	0,7	26
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,6	48
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	0,8	25
Розлади психіки та поведінки	0,2	8
Хвороби крові та кровотворних органів	0,1	5
Хвороби органів травлення	4,7	155
Загалом	100,0	3499
ВС/ВД	9,1	360

На хвороби системи кровообігу як причину останньої госпіталізації вказали 18,7% чоловіків та 26,4% жінок. Відмінностей стосовно хвороб органів дихання серед чоловіків і жінок практично немає (як причину госпіталізації вказали 31,6% чоловіків і 30,9% жінок). Чоловіки на відміну від жінок госпіталізувалися для лікування хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (9,0% проти 6,2%), травм, отруєнь та інших зовнішніх причин (9,1% проти 3,4%), хвороб органів травлення (6,7% проти 3,6%). Навпаки, причинами госпіталізації жінок були, крім уже зазначених, хвороби сечостатевої системи (5,8% жінок і

3,8% чоловіків), а також ендокринної системи (відповідно 5,2% жінок і 3,9% чоловіків). Викликає тривогу факт невстановлення діагнозу під час останньої госпіталізації, про що за даними опитування зазначили 9,1% респондентів. Це питання потребує додаткового вивчення й уточнення. Можливо, це пов'язано із пізньою госпіталізацією, тяжким станом хворого, неповним обстеженням, наявністю тяжкої супутньої патології, атипичним перебігом хвороби або прогалинами в наданні медичної допомоги.

На відміну від міських жителів респонденти, які проживали в сільській місцевості, вказали на те, що хвороби системи кровообігу були основною причиною їхньої останньої госпіталізації (27,9% проти 21,8%).

У респондентів віком 60 років і старших переважаючою причиною госпіталізації стали хвороби системи кровообігу (43,4%). Таку ситуацію можна пов'язати із тенденціями останніх років щодо структури поширеності хвороб серед населення старших вікових груп. Зокрема, розподіл рангових місць залишився незмінним: перше місце займають хвороби системи кровообігу (50,3%), друге — хвороби органів травлення (10,10%), третє — органів дихання (8,25%), четверте — кістково-м'язової системи та сполучної тканини (6,07%), п'яте — хвороби ока та його придаткового апарату (5,02%)⁴⁸. Крім того, 15,5% опитаних цієї вікової групи повідомили про госпіталізацію з приводу хвороб органів дихання, 8,5% — ендокринної системи, 7,1% — кістково-м'язової системи та сполучної тканини. Респонденти у віковій групі 18–29 років вказували хвороби органів дихання (48,1%) та сечостатевої системи (7,8%), вагітність, пологи та післяпологовий період (3,9%) як основні причини їхньої госпіталізації. Для осіб віком 30–44 роки характерними були такі причини госпіталізації: 43,3% — хвороби органів дихання, 8,6% — травми, отруєння та інші зовнішні причини, 7,6% — хвороби органів травлення, 5,7% — сечостатевої системи, 5,2% — кістково-м'язової системи та сполучної тканини. У віковій групі 45–59 років основні причини госпіталізації розподілилися так: хвороби органів дихання (29%), системи кровообігу (23,3%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (11,6%), травми, отруєння та інші зовнішні причини (6,5%), сечостатевої та ендокринної систем (4,8%), органів травлення (3,1%).

За рівнем доходів значущих відмінностей не виявлено.

Через невисоку наповненість груп респондентів у розрізі окремих областей (до 100 осіб) дані опитування щодо причин госпіталізації за окремими класами хвороб не є порівнюваними. Суттєвих змін щодо зростання послугоування стаціонарною допомогою за останні роки не виявлено: частка респондентів, які вказали про факт госпіталізації у стаціонар, становила 15,4% проти 14,9% в 2016 році. Однак змінилася середня кількість госпіталізацій

⁴⁸ Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017, С. 85.

протягом останніх 12 місяців: на 7% зросла частка респондентів, які вказали, що мали одну госпіталізацію.

Змінами як в організації, так і в наданні медичної допомоги (наприклад, використання клінічно ефективніших діагностично-лікувальних технологій і ліків, рівень кваліфікації персоналу, про що відзначив як чинник задоволеності кожен другий респондент).

5.2. Вибір надавача стаціонарної допомоги

73% респондентів були госпіталізовані в міські лікарні або ЦРЛ. Кожен п'ятий з опитаних лікувався у обласних лікарнях, закладах національного рівня — майже 3%, приватних і відомчих закладах відповідно 2,5% і 3,7% опитаних.

Мешканці Луганської (98,3%), Івано-Франківської (88,9%), Волинської (85,1%), Сумської (82,3%) областей відзначили, що переважно госпіталізувалися в міські лікарні та ЦРЛ. Кожен п'ятий респондент з Одеської (22,6), Дніпропетровської (20,9%), Кіровоградської (20,6%), Херсонської (20,4%), Житомирської (20,1%), Чернігівської (19%) та кожен четвертий з Чернівецької (27,5%), Вінницької (26,7%), Закарпатської (26,6%) областей вказали на госпіталізацію в обласні лікарні. Практично кожен третій респондент з Миколаївської та Тернопільської областей також були госпіталізовані в обласні лікарні⁴⁹.

Респонденти, які проживали в міській місцевості, переважно госпіталізувалися у міські лікарні (73,2%); 7% повідомили також про лікування у відомчих і приватних закладах (відповідно 4,3%, 2,9%). Сільські жителі переважно госпіталізувалися в ЦРЛ (72,7%), кожен п'ятий з них респондент вказав на госпіталізацію в обласну лікарню. Це пояснюється як засадами організації надання стаціонарної медичної допомоги в Україні, наявною мережею закладів, які надають таку допомогу, а також уподобаннями і звичками її споживачів, географічною доступністю таких закладів.

59,1% респондентів були госпіталізовані за направленням від лікарів, які зайняті наданням первинної або спеціалізованої амбулаторної допомоги, а також пов'язують із власними уподобаннями і звичками. Кожен п'ятий був госпіталізований бригадами ЕМД.

Виявлено, що у виборі закладу для госпіталізації для респондентів також були важливими й такі чинники, як зручність його розташування (9,5% респондентів), наявність необхідного обладнання (8,3%), компетентність медичного персоналу (6,8%), рекомендації знайомого лікаря чи знайомих (6,6%) (*табл. 5.3*).

⁴⁹ Питання ставилося тим, хто був госпіталізований у стаціонари протягом останніх 12 місяців.

Таблиця 5.3. Причини вибору закладу охорони здоров'я для стаціонарного лікування

	%	N
Направлення лікаря (не обираю); завжди там проходжу я чи члени моєї сім'ї стаціонарне лікування	59,1	1014
Будівля / заклад в хорошому стані	1,0	16
Там є необхідне обладнання	8,3	121
Розташування	9,5	152
Лікар завжди присутній	1,8	37
Медичний персонал доброзичливий	2,7	46
Ліки доступні	0,6	8
Плата за обслуговування доступна чи дешева	1,5	22
Час очікування госпіталізації короткий (наявність місць)	1,9	25
Медичний персонал компетентний	6,8	100
Це приватний заклад охорони здоров'я, де якість медичної допомоги краща	2,4	34
Швидка допомога сюди привезла	20,5	301
Направила страхова компанія	0,6	9
Знайомий лікар / Порекомендували цього лікаря	6,6	111
Інше	1,8	32

44,2% респондентів відмітили, що були госпіталізовані за направленням лікаря; 27,1% — доставлені у стаціонар бригадою екстреної (швидкої) допомоги; 17% — госпіталізовані в порядку самозвернення; 11,4% — для планового лікування (*рис. 5.3*). Суттєвих розбіжностей за статтю, віком, типом місцевості та рівнями доходів не виявлено.

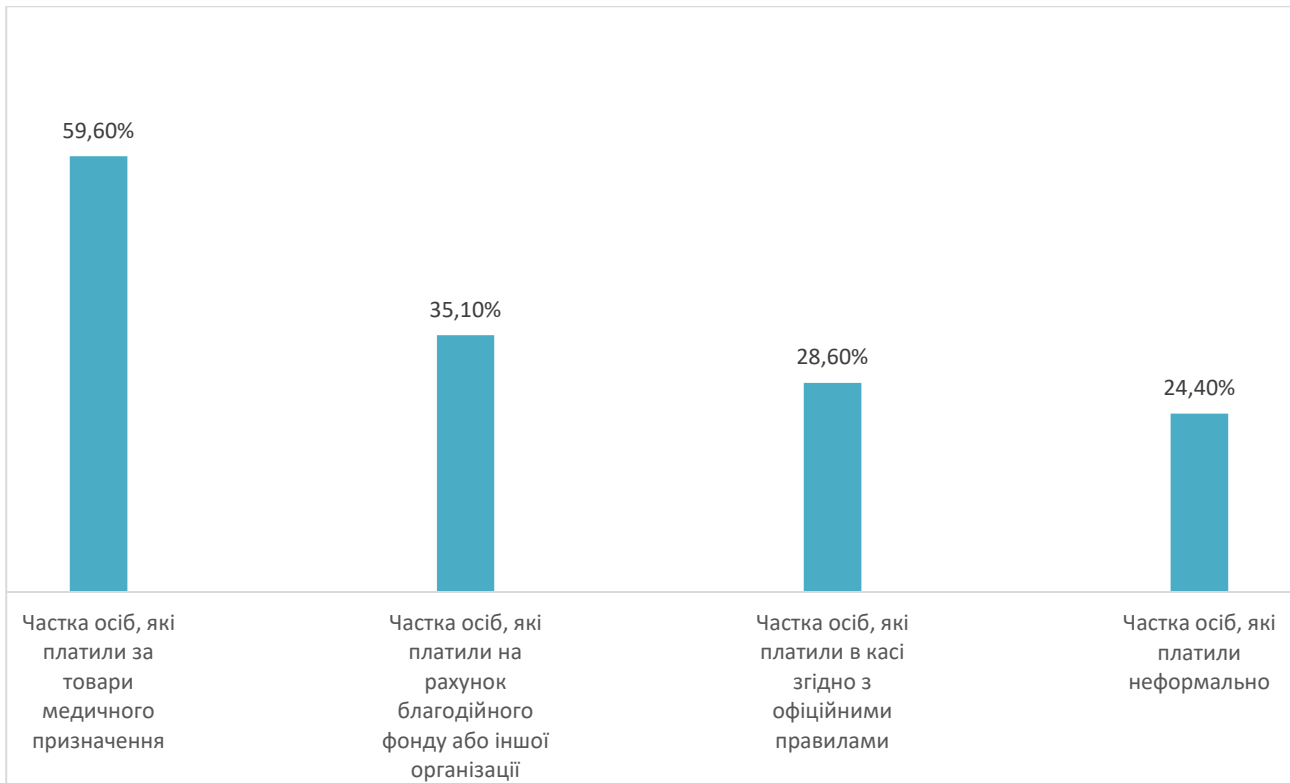


Рис. 5.3. Частка осіб, які послуговувалися стаціонарною допомогою і мали досвід оплати за допомогу й товари медичного призначення

Час очікування на огляд лікаря в разі госпіталізації є певним відображенням реальної ситуації в організації надання стаціонарної медичної допомоги та забезпечення виконання порядку госпіталізації, особливо в екстрених випадках, коли пацієнт потребує термінового лікування (травми, отруєння, гострі стани, загострення хронічних захворювань) або оперативного втручання. У середньому на перший огляд лікаря під час госпіталізації респонденти очікували $47,9 \pm 4,7$ хв (медіана — 15 хв, максимальне значення — 2400 хв, або 40 годин).

Зафіксоване значне коливання величини даного показника серед різних груп населення, яке взяло участь у даному дослідженні. Так, особи 60 років і старші, а також з рівними доходів 1501–2000 грн очікували огляду лікарем відповідно $40,3 \pm 7,0$ хв і $32,4 \pm 5,5$ хв, що, можливо, було пов'язано з їхнім станом під час госпіталізації. Найбільший час очікування зафіксовано у віковій категорії 18–29 років ($61,9 \pm 12,5$ хв), жителів сільської місцевості ($57 \pm 9,1$ хв), з рівнем доходів понад 2500 грн ($73,7 \pm 19,3$ хв).

Щодо відмінностей у регіональному розрізі: найбільший час очікування на огляд лікаря при госпіталізації зафіксовано у Волинській (середнє — 178 хв, медіана — 30 хв), Херсонській (відповідно 133,1 хв і 15 хв), Сумській (106,6 хв, 30 хв) і м. Києві (89,0 хв, 30 хв), найменший — у Харківській (9,8 хв, 5 хв), Донецькій (14,7 хв, 15 хв), Луганській (14,8 хв, 15 хв) із середнім значенням у цілому по Україні на рівні 47,9 хв (медіана — 15 хв).

На перший огляд лікаря під час госпіталізації, коли пацієнта доставляла бригада невідкладної допомоги, респонденти очікували 42,7 хв (медіана — 10 хв), госпіталізації, пов'язаної з оперативним втручанням — 42,5 хв (медіана — 15 хв). При пологах час очікування становив 41,5 хв (медіана — 10 хв), а в разі госпіталізації, яка пов'язана з вагітністю (не враховуючи пологів) — 21 хв (медіана — 15 хв)⁵⁰. Найдовше пацієнти очікували першого огляду лікарем у міських лікарнях/ЦРЛ та клініках НДІ (відповідно 51,4 хв і 50,4 хв). Час очікування у приватних закладах⁵¹ становив 25 хв.

Порівняно з результатами попереднього року, час очікування в лікарні на перший огляд лікарем за медіанними значеннями залишився без змін — 10–15 хв залежно від причин госпіталізації. Однак аналіз середніх величин вказує на його зростання майже на 10 хв (2017 р. — 47,9 хв, 2016 — 37 хв), особливо на це вказали ті респонденти, які потребували оперативного втручання (+5 хв) або доставлені на госпіталізацію бригадою ЕМД (+5,6 хв).

Зафіксовано і зростання часу очікування на перший огляд лікаря у всіх типах постачальників у середньому на 16–20 хв (міська лікарня чи ЦРЛ — 15,6 хв; клініки й заклади національного рівня — 20 хв; приватні заклади — 18 хв).

У процесі порівняння результатів опитування 2017 і 2016 років особливих відмінностей щодо способів направлення на останню госпіталізацію у стаціонар не встановлено: як і в попередньому дослідженні, у структурі направлень практично кожен другий респондент був госпіталізований за направленням лікаря первинної ланки чи амбулаторно-поліклінічної (відповідно 2017 р. — 44,2%, 2016 р. — 48,5%), при цьому майже на 5% зросла частка респондентів, які були госпіталізовані у плановому порядку (2017 р. — 11,4%, 2016 р. — 6,6%).

Стосовно вибору надавачів допомоги — закладів охорони здоров'я, то варто вказати на те, що частка респондентів, які обирали приватний заклад для надання стаціонарної допомоги, збільшилася на 1% (2,5% проти 1,1%). Також на 3,6% більше респондентів повідомили про те, що їх на госпіталізацію доставила бригада швидкої допомоги.

5.3. Витрати «з кишені» на стаціонарне лікування

Кожен третій респондент ($N = 485$) серед тих, хто був госпіталізований у стаціонари протягом останніх 12 місяців, вказав, що сплачував кошти за лікування на рахунок благодійного фонду або іншої організації (серед них 66,9% — на вимогу); 28,6% ($N = 372$) — в касу закладу відповідно до затверджених тарифів; 24,4% ($N = 288$) сплачували неформально (серед них 54,6% — на вимогу).

⁵⁰ Питання анкети В3.1–В3.24.

⁵¹ Питання анкети В3.7, В3.5.

Відсоток чоловіків, у яких вимагали сплачувати за послуги на рахунок благодійного фонду або іншої організації, дещо перевищував аналогічний показник серед жінок (про що вказали 70,0% чоловіків і 64,7% жінок). Аналогічно це стосувалося й вимоги сплачувати неформально (відповідно 57,6% чоловіків і 52,6% жінок), хоча в цілому відсоток тих респондентів, які сплачували «з кишені», був вищим у респондентів-жінок. Зокрема, у благодійний фонд сплачували 36,1% жінок і 33,7% чоловіків при госпіталізації у стаціонари протягом останніх 12 місяців; неформально сплачували 25,9% жінок і 22,5 чоловіків.

Досить серйозною залишається і проблема оплати пацієнтами ліків і товарів медичного призначення, про що наголосили 59,6% респондентів ($N = 731$) (рис. 5.3). Дані опитування вказують на значні витрати на ліки. Порівняно з результатами дослідження доступності для населення послуг охорони здоров'я, ліків та медичних товарів (Державна служба статистики, жовтень 2016 р.) 93% осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні, брали з собою до лікарні медикаменти⁵². Імовірно, різницю у відсотках можна пояснити формулюванням питання («брали з собою» — «оплачували»).

Дані дослідження вказують, що система надання стаціонарної допомоги функціонує досить залежно від приватних витрат, які, в свою чергу, відбуваються за схемою прямих виплат «з кишені». Це створює фінансові бар'єри доступу до медичних послуг для населення, в т.ч. і для стаціонарних⁵³.

Разом з тим виявлено деякі відмінності щодо витрат «з кишені» серед окремих вікових груп. Так, практично кожен другий респондент віком 18–29 років сплачував на рахунок благодійного фонду або іншої організації під час останньої госпіталізації (41,3%, у т.ч. з них 65,5% — на вимогу); 37,8% у цій віковій категорії сплачували неформально (у т.ч. на вимогу — 57,1%). 66,4% сплачували за ліки і товари медичного призначення.

Найбільшу частку респондентів, які офіційно сплачували в касу, зафіксовано у віковій групі 45–59 років (відповідно 31,4%).

Жителі міст частіше сплачували офіційно в касу та неформально, про що вказали, відповідно, 31,3% та 26,7% респондентів. І навпаки, 37,1% серед тих респондентів, які проживали в сільській місцевості, повідомили про оплату під час останньої госпіталізації у благодійні фонди чи інші організації.

Зафіксовано окремі відмінності щодо оплати «з кишені» серед груп респондентів за рівнями доходів: пацієнти з доходами 1501–2500 грн частіше сплачували як на рахунок благодійного фонду під час госпіталізації у стаціонар, так і неформально (34,2% і 43,3%

⁵² Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2016 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України, 2017, С. 5.

⁵³ Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України, 2017, С. 14.

відповідно). Також серед даної категорії респондентів найвища частка тих, хто сплачував за ліки й товари медичного призначення (70,5%).

Загальний розмір витрат під час госпіталізації, про що вказали ті респонденти, яким доводилося їх оплачувати, становив у цілому 2468,72 грн (стандартна похибка — 303,15 грн, медіана — 250 грн). Розмір даного платежу мав певні коливання, особливо це стосувалося респондентів з різними рівнями доходів, що може бути пов'язано із фактичними рівнями їхніх доходів: найменше сплачували особи з доходами до 1000 грн (993 грн), найбільше — з доходами понад 2500 грн (6423 грн). Також респонденти, які проживали в міській місцевості, відзначили, що середній розмір оплати становив 2969,76 грн (медіана — 300 грн); сільські жителі платили за госпіталізацію в середньому 1383 грн (медіана — 150 грн).

Щодо вікових груп, то найвищі рівні оплати фіксувалися у вікових групах 18–29 років та 45–59 років (відповідно 2032,4 та 2115 грн) (*табл. 5.4*)

Таблиця 5.4. Загальний розмір плати за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації: розподіл за статтю, віком, місцем проживання та рівнем доходів домогосподарств у розрахунку на одну особу, грн

Критерії розподілу		Серед тих, хто платив за стаціонарну допомогу в будь-якому вигляді		
		медіана	середнє	стандартна похибка
Загалом		250,00	2468,72	303,15
СТАТЬ	чоловік	200,00	2827,63	528,85
	жінка	265,00	2231,12	362,37
ВІКОВА ГРУПА	18–29 років	420,00	2032,40	237,89
	30–44 роки	335,00	1922,91	285,21
	45–59 років	200,00	3816,09	1036,09
	60 років і більше	150,00	2114,98	423,86
ТИП МІСЦЕВОСТІ	міська	300,00	2969,76	430,59
	сільська	150,00	1383,03	217,03
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ	до 1000 грн	200,00	992,94	185,96
	1001–1500 грн	115,00	1069,70	139,92
	1501–2000 грн	240,00	2149,15	539,87
	2001–2500 грн	500,00	2030,70	460,56
	Понад 2500 грн	500,00	6422,74	1833,45

Як зазначено в *табл. 5.5*, середній розмір благодійного внеску (серед тих, хто сплачував під час останньої госпіталізації) становив 1048,5 грн (медіана — 100 грн); офіційної оплати в касу — 3356,7 грн (медіана — 500); неформальний платіж — 2520,95 грн (400); на ліки й товари медичного призначення в середньому витрачали 646,13 грн (медіана — 110).

Чоловіки сплачували благодійний внесок майже вдвічі більший, ніж жінки (в середньому 1414,49 проти 804,4 грн); аналогічна ситуації характерна і для неформальних платежів (відповідно 3893,40; 1623,58 грн). Одночасно витрати на ліки й товари медичного призначення жінки в середньому сплачували 782,82 грн (медіана — 150), чоловіки — 450,26 грн (медіана 100). Відмінностей в оплаті за офіційними тарифами не виявлено (чоловіки — 3376,28 грн; жінки — 3344,14 грн).

Спостерігаються окремі відмінності щодо розмірів середніх платежів серед респондентів різних вікових груп: про найвищі розміри офіційних і неформальних платежів, а також витрати на ліки й вироби медичного призначення заявили представники вікової категорії 45–59 років (5795,72; 4895,67; 1021,94 грн відповідно). Про подібні характеристики повідомили і респонденти віком 60 років і старші: розмір офіційного платежу в касу становив 2860,33 грн, неформального — 1996,63 грн, на ліки — 1005,43 грн.

Величина благодійних внесків у міських жителів у 4,5 рази перевищувала аналогічні в сільських (1407,96; 316,58 грн відповідно). Також неформально міські жителі сплачували в середньому 2911,84 грн і сільські — 1294,24 грн за ліки (727,35 грн проти 453,66 грн відповідно у 2016 р.).

Найбільше сплачували респонденти з рівнями доходів понад 2500 грн (офіційні платежі — 7630,87 грн, медіана — 600 грн; благодійні внески — 3644,36 грн, медіана — 200 грн; за товари медичного призначення — 1700,34 грн, медіана — 100 грн відповідно). Молоді люди (18–29 років), а також респонденти віком 45–59 років сплачували неформально відповідно 2024,5 грн (медіана — 500) та 4895,7 (медіана — 400), що є найвищими витратами серед усіх вікових категорій.

Хоча 84,2% респондентів сплачували за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації, це не передбачало покращені умови перебування у стаціонарі, про що відзначили 94,7% опитаних.

Також 2,2% серед усіх респондентів вказали, що мали витрати за госпіталізацію протягом останніх 30 днів; ствердно на це питання відповіло і 8% опитаних, що отримали стаціонарне лікування за останні 12 місяців.

Таблиця 5.5. Частка платників і розмір платежу за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації, грн

Показник	%/N	2017
Частка осіб, які сплачували за стаціонарне лікування під час останньої госпіталізації		
Частка осіб, які платили на рахунок благодійного фонду або іншої організації	%	35,1
	N	485
Частка осіб, які платили в касі згідно з офіційними правилами	%	28,6
	N	372
Частка осіб, які платили неформально	%	24,4
	N	288
Розмір платежу за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації, грн		
серед тих, хто платив на рахунок благодійного фонду або іншої організації		
Медіана		100,00
Середнє		1048,51
Стандартна похибка		217,67
серед тих, хто платив у касі згідно з офіційними правилами		
Медіана		500,00
Середнє		3356,67
Стандартна похибка		627,29
серед тих, хто платив лікарю неформально		
Медіана		400,00
Середнє		2520,95
Стандартна похибка		574,19
Частка осіб, у кого вимагали плату за стаціонарну допомогу		
серед тих, хто платив на рахунок благодійного фонду або іншої організації	%	66,9
	N	317
серед тих, хто не платив на рахунок благодійного фонду або іншої організації	%	5,3
	N	36
серед тих, хто платив лікарю неформально	%	54,6
	N	137
серед тих, хто не платив лікарю неформально	%	3,2
	N	34
Загалом платили за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації*		
Платили за стаціонарну допомогу	%	67,8
	N	1107
Не платили за стаціонарну допомогу	%	32,2
	N	543
Загальний розмір плати за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації*		
Медіана		200
Середнє		2715,81
Стандартна похибка		368,96
Покращені умови перебування у стаціонарі		
Сплачували за стаціонарну допомогу*	%	67,8
	N	1107
Оплата передбачала покращені умови*	%	5,3
	N	59

Примітка: *без врахування плати за товари медичного призначення

Порівняно з даними опитування 2016 року на 2,5% зменшилася частка респондентів, які сплачували на рахунок благодійного фонду з одночасним зростанням на 1,1% тих, хто

вказав, що сплачував офіційно в касу закладу. Частка осіб, які сплачували неформально, фактично не змінилася (2017 р. — на рівні 24,4%, 2016 р. — 24,8%).

Тривожним є зростання частки осіб, у яких вимагали плату за стаціонарну допомогу, про що вказав кожен другий респондент (2016 р. — кожен третій).

Зауважимо, що порівняно з 2016 роком майже вдвічі зросли середні витрати респондентів за надану медичну допомогу як офіційні, так і неофіційні. Так, офіційно респонденти у 2017 році сплачували 3356,67±627,29 грн (2016 р. — 1950,58±287,60) грн; розмір неформальних платежів становив відповідно 2520,95±574,19 проти 1859,71±275,83. Практично в 10 разів зросли розміри платежу на рахунок благодійного фонду.

5.4. Фінансовий тягар

Сумарні витрати за госпіталізацію протягом останніх 30 днів були значним фінансовим тягарем для пацієнтів, оскільки становили 52,5% доходу їхніх домогосподарств за місяць. Найбільше фінансове навантаження на домогосподарства зафіксовано серед респондентів з рівнем доходів до 1000 грн (95,75% доходу), сільських жителів (79,09%) і у віковій групі 30–44 роки (80,61%). Сумарні витрати за стаціонарне лікування за останню госпіталізацію становили 2403,80 грн (медіана — 700, стандартна похибка — 610,71).

53,2% ($N = 728$) респондентів, які були госпіталізовані протягом останніх 12 місяців, повідомили про випадки недоступності лікування у стаціонарних закладах у зв'язку з надмірними фінансовими витратами на нього як у цілому, так і за необхідності покриття витрат на послуги лікарів, оперативне втручання (54,6% та $N = 694$), діагностику та лабораторні тести (65% та $N = 342$), ліки (79,5% та $N = 624$).

За даними опитування найбільш вразливими групами серед респондентів, яким було складно покрити всі витрати на стаціонарне лікування, виявилися особи віком 45–59 років, 60 років і старші (55,1% і 57,8% відповідно у цих вікових групах); міські жителі, 55,6% яких вказали на складність покриття витрат; особи з рівнем доходів 2001–2500 грн (65,9%). Особливо досить складно було знайти кошти на ліки найбільш вразливим категоріям респондентів: у віковій групі 60 років і старших (88,0% вказали на наявність проблеми) та з рівнями доходів до 1500 грн (83,5% та 83,7%).

Про необхідність позичати гроші, щоб покрити витрати на стаціонарне лікування, вказали 61,5% ($N = 553$) респондентів, які сплачували за госпіталізацію, і 61,4% ($N = 566$) тих, хто був госпіталізований у стаціонар. Середній розмір позичених коштів серед платників становив 6759,8 грн (медіана — 3000); тих, хто послуговувався цим видом допомоги, — 6730,6 грн (медіана — 3000). Найбільші суми позичали чоловіки для покриття витрат на

стаціонарне лікування (7132 грн серед платників, 7134,6 грн серед послуговувачів); респонденти у віковій групі 45–59 років (відповідно 9741,2 і 9679,7 грн); жителі міської місцевості (відповідно 7399,1 і 7385,8 грн); з рівнями доходів понад 2500 грн (відповідно 10 970 і 10 919 грн) (медіана серед усіх категорій респондентів — 3000 грн).

58,2% ($N = 899$) відмітили погіршення фінансової доступності стаціонарної медичної допомоги, і лише 2,9% вказали на її покращення. Значних відмінностей серед різних груп респондентів з даного питання не встановлено. Оцінити регіональні особливості фінансової доступності не можна через невелику кількість респондентів, які відповіли на це запитання.

Кожен четвертий респондент ($N = 386$), який потребував госпіталізації протягом останніх 12 місяців, вимушений був відмовитися від неї через брак коштів. Серед усіх респондентів відсоток тих, хто був вимушений відмовитися від госпіталізації, становив 11,8% ($N = 1314$). Частіше відмовлялися від госпіталізації через брак коштів жінки (26%); люди літнього віку (28,4%) та малозабезпечені з доходом до 1500 грн (29%).

Практично половина респондентів, госпіталізованих протягом останніх 12 місяців і хто мав такі витрати, вказали на труднощі у пошуку коштів на стаціонарне лікування. Особливо складно було знайти кошти на ліки, про що вказали 74,5% опитаних ($N = 582$) (*табл. 5.6*).

Таблиця 5.6. Складнощі в пошуку коштів на стаціонарне лікування

Найменування	Неможливо		Складно		Не складно		Не було витрат	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Відсоток серед тих, хто був госпіталізований протягом минулих 12 місяців								
послуги лікаря, операція	3,7	49	49,4	693	25,5	352	21,4	340
ліки	5,0	80	71,3	1066	21,6	315	2,1	31
діагностика та лабораторні тести	2,6	38	47,6	666	36,7	544	13,1	201
Відсоток серед тих, хто був госпіталізований протягом минулих 12 місяців і мав такі витрати								
послуги лікаря, операція	4,1	49	50,5	645	25,5	309	19,9	293
ліки	4,9	42	74,5	582	20,0	175	0,6	3
діагностика та лабораторні тести	2,8	17	62,2	325	31,1	197	3,9	26

Порівняно з результатами 2016 року у 2017 році зменшилася частка респондентів, яким складно були покрити витрати на ліки при госпіталізації на стаціонарне лікування (серед тих, хто був госпіталізований): з 83,7% у 2016 р. до 79,5% у 2017%.

Відбулися позитивні зрушення щодо зменшення відсотка осіб, які були вимушені відмовлятися від госпіталізації через брак коштів в оцінюванні як населенням загалом, так і споживачами стаціонарної допомоги. За даними опитування у 2017 році про це повідомив

кожен десятий респондент (2016 р. — кожен третій); серед споживачів стаціонарної допомоги про випадки неможливості задовольнити свої потреби вказало 24,2% опитаних, порівняно з 2016 роком цей показник зменшився у 1,3 рази. Аналогічні тенденції відмічені і за даними дослідження домогосподарств (Державна служба статистики, жовтень 2016)⁵⁴.

Крім окремих позитивних зрушень, за результатами опитування зафіксовано і погіршення ситуації з доступністю послуг лікарів та лабораторно-діагностичних досліджень. Це підтверджено зростанням частки респондентів, яким було складно покрити ці витрати. Зокрема, у 2017 році на 10% зросла частка платників, яким було складно покрити витрати на діагностику та лабораторні тести серед госпіталізованих. Майже в 1,5 рази збільшився і відсоток респондентів, які вимушені були позичати кошти для покриття витрат під час госпіталізації їх у стаціонари. Варто відзначити і тенденцію до нарощення сум позичених коштів для покриття витрат на стаціонарне лікування на 40 і вище відсотків. Ці дані свідчать про збільшення фінансового тягаря витрат для населення.

5.5. Проходження лабораторних та діагностичних досліджень у зв'язку з госпіталізацією

91,5% ($N = 1518$) респондентів, які були госпіталізовані протягом останніх 12 місяців, повідомили, що проходили лабораторну діагностику, 71,1% ($N = 1152$) — інструментальну діагностику. У цілому практично кожен госпіталізований у стаціонар ($N = 1564$; 94,4%) проходив лабораторну та інструментальну медичну діагностику.

Фактично майже кожен третій респондент ($N = 353$) сплачував за лабораторні аналізи в середньому 350,2 грн (медіана — 100), кожен другий — за діагностичні ($N = 413$; 40,5%) в розмірі 420 грн (медіана — 200) та лабораторні й діагностичні послуги разом ($N = 577$; 41,9%) 523,4 грн (медіана — 200 грн) (*рис. 5.4*).

⁵⁴ Соціально-економічне становище домогосподарств України у 2016 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств) / Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України, 2017, С. 11–12.

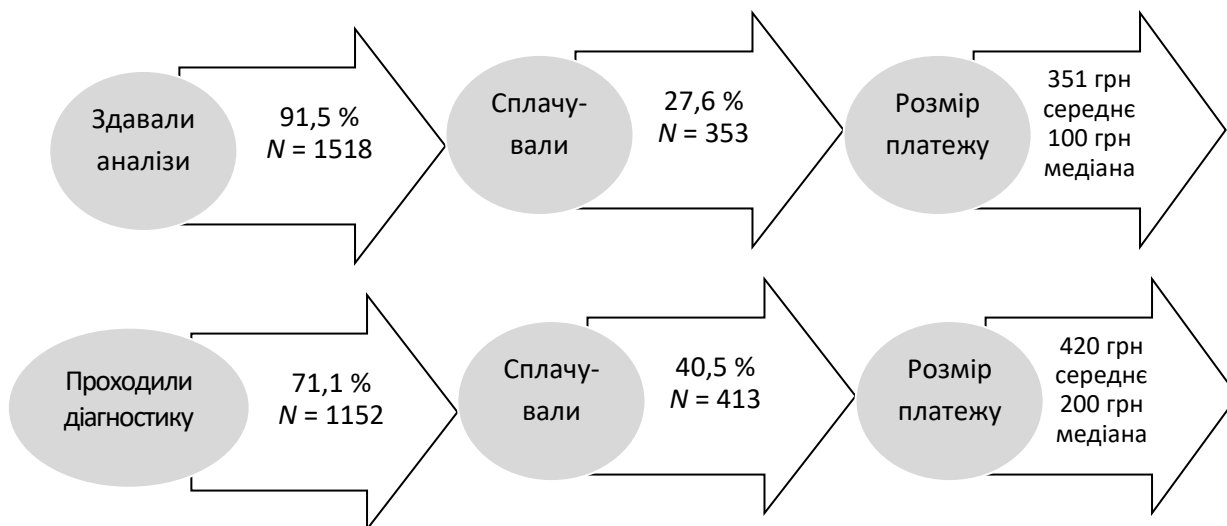


Рис. 5.4. Споживання лабораторно-діагностичних послуг та оплата в разі госпіталізації у стаціонар (серед тих, хто був госпіталізований протягом останніх 12 місяців)

Суттєвих відмінностей щодо користування лабораторними та діагностичними послугами між різними групами респондентів не виявлено. Однак зауважимо, що розміри оплати за ці послуги мали певні відмінності серед різних груп респондентів: більші суми, ніж жінки, сплачували чоловіки-респонденти; у вікових групах 18–29 і 45–59 років; міські жителі; з рівнями доходів понад 2500 грн (*табл. 5.7*).

5.6. Оцінювання аспектів отримання стаціонарної допомоги

Надзвичайно важливим є вивчення питання задоволеності наданої стаціонарної допомоги, а також визначення чинників, що впливали на якість і доступність медичної допомоги. У цілому 44,8% ($N = 749$) респондентів оцінили надання стаціонарної допомоги добре; задовільно — 43,3% ($N = 666$), однак 12% ($N = 175$) дали негативну оцінку. Найбільш суттєві відмінності спостерігалися в групах з різними рівнями доходів. Серед осіб з рівнями доходів понад 2000 грн задоволеними залишилися майже 90% респондентів, а доходами до 1000 грн — 83,2%. Можливим поясненням такої ситуації може бути здатність більш забезпеченого населення доплачувати за більш комфортні умови перебування.

Окрема увага має бути приділена і деяким аспектам надання стаціонарної медичної допомоги. Задоволеність кваліфікацією і ставленням медичного персоналу досить висока (90–95%). Переважна більшість респондентів досить задоволена такими аспектами медичної допомоги, як доброзичливість лікарського і середнього медичного персоналу, рівень кваліфікації лікарів, робота приймального відділення, санітарно-побутові умови, ефективність лікування.

Таблиця 5.7. Розмір платежу за лабораторно-діагностичні послуги під час останньої госпіталізації: розподіл за статтю, віком, місцем проживання та рівнем доходів домогосподарств у розрахунку на одну особу, грн

Критерії розподілу	Розмір платежу за			
	лабораторні послуги	діагностичні послуги	лабораторно-діагностичні послуги загалом	
Загалом	медіана	100,00	200,00	200,00
	середнє	350,24	419,92	523,39
	стандартна похибка	49,15	31,25	45,37
СТАТЬ				
Чоловік	медіана	150,00	200,00	230,00
	середнє	443,48	449,50	603,77
	стандартна похибка	82,39	51,10	74,74
Жінка	медіана	100,00	200,00	200,00
	середнє	292,75	399,74	471,04
	стандартна похибка	60,90	39,38	56,86
ВІК				
18–29 років	медіана	150,00	200,00	200,00
	середнє	352,19	476,34	550,08
	стандартна похибка	69,83	108,52	111,20
30–44 роки	медіана	200,00	150,00	200,00
	середнє	376,07	375,93	517,12
	стандартна похибка	84,03	62,70	73,21
45–59 років	медіана	100,00	200,00	200,00
	середнє	478,89	484,19	665,08
	стандартна похибка	148,69	66,37	130,49
60 років та більше	медіана	86,00	200,00	180,00
	середнє	228,98	387,42	415,54
	стандартна похибка	49,14	42,97	53,85
ТИП МІСЦЕВОСТІ				
міська	медіана	150,00	200,00	200,00
	середнє	392,97	427,41	576,01
	стандартна похибка	65,15	36,78	61,18
сільська	медіана	80,00	200,00	140,00
	середнє	256,92	402,55	417,08
	стандартна похибка	64,63	59,23	58,59
ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ				
До 1000 грн	медіана	100,00	150,00	125,00
	середнє	158,96	320,82	309,33
	стандартна похибка	33,76	66,12	52,09
1001–1500 грн	медіана	60,00	150,00	140,00
	середнє	211,22	298,39	338,23
	стандартна похибка	55,98	37,82	47,29
1501–2000 грн	медіана	100,00	250,00	250,00
	середнє	246,61	452,96	491,34
	стандартна похибка	47,18	67,29	73,60
2001–2500 грн	медіана	100,00	120,00	200,00
	середнє	282,88	357,95	482,23
	стандартна похибка	117,23	101,79	158,74
Понад 2500 грн	медіана	270,00	200,00	300,00
	середнє	700,63	375,24	695,90
	стандартна похибка	189,75	81,28	148,99

У цілому більшість респондентів позитивно оцінили надану їм стаціонарну допомогу (відповіді «добре» й «задовільно» дали 90,1%⁵⁵ опитаних). Частіше про це повідомляли респонденти віком 18–29 і 30–44 роки (оцінили «добре» відповідно 60,9% і 55,1%); рідше — особи з низькими рівнями доходів (45,9% респондентів з доходами до 1000 грн).

Однак респонденти найбільш незадоволені забезпеченістю ліками (61,1%), якістю харчування (42,9%), доступністю лабораторних та діагностичних досліджень (16,7%). Для кожного п'ятого незрозумілою і непрозорою була політика оплати медичної допомоги.

Наявні певні відмінності в оцінках за демографічно-соціальними групами. Наприклад, якістю харчування менш задоволені міські жителі (52,9%) та чоловіки (*рис. 5.5*).

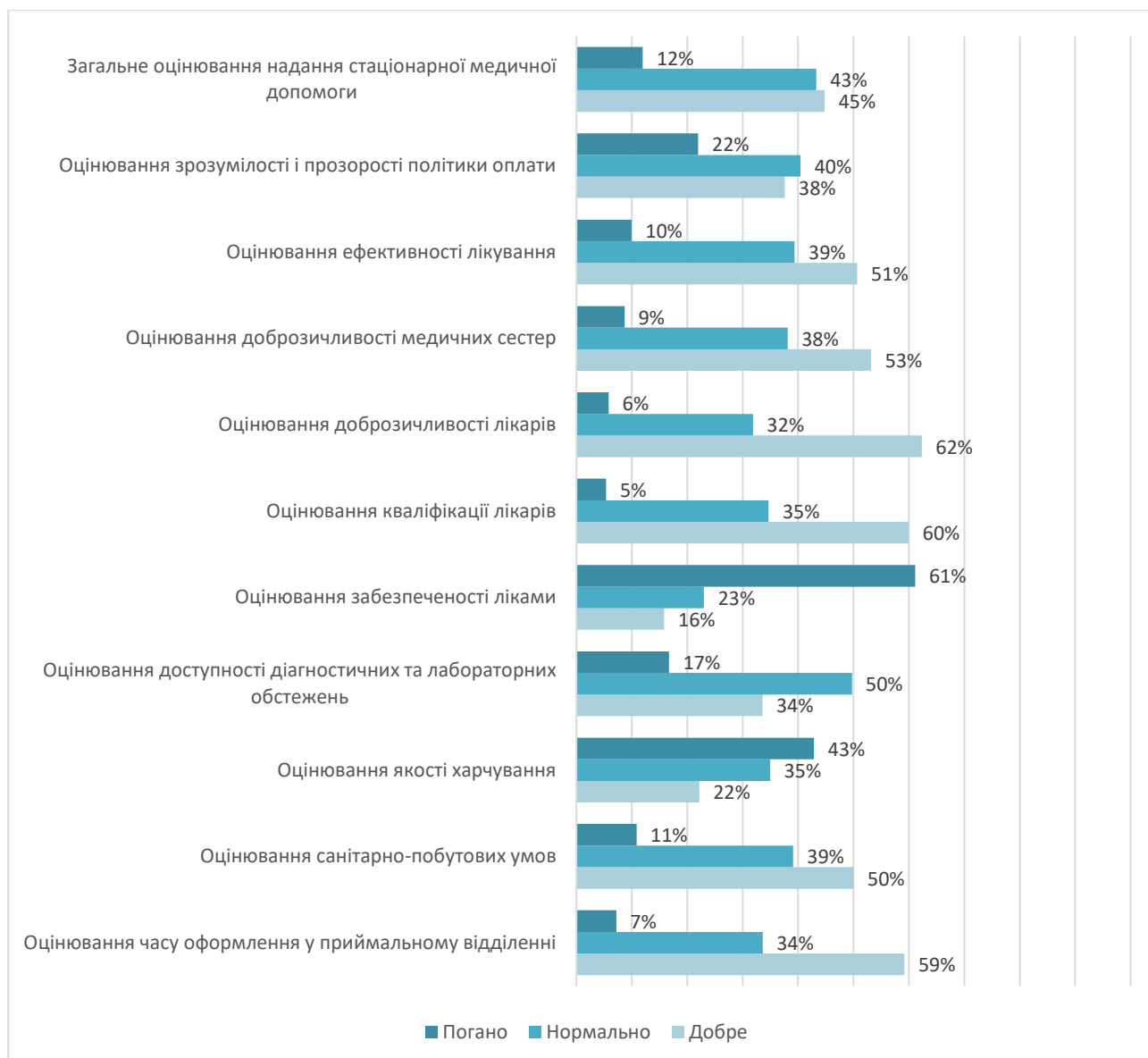


Рис. 5.5. Оцінювання аспектів надання стаціонарної медичної допомоги

⁵⁵ Оцінка разом «добре» і «нормально».

Серед найважливіших аспектів респонденти відмітили такі: кваліфікація лікарів (56,4%), ефективність лікування (42,7%), забезпеченість ліками (38,4%), доступність діагностичних і лабораторних обстежень (36,8%). Однак, як і за результатами попереднього опитування, респонденти позитивно оцінили ефективність лікування і кваліфікацію лікарів. Забезпеченості ліками дали негативну оцінку. Кожен п'ятий респондент вказав на важливість санітарно-побутових умов. Важливість якісного харчування відмітили 8,9% респондентів, при цьому 42,9% були незадоволені його якістю (*табл. 5.8*).

Таблиця 5.8. Порівняння відповідей респондентів щодо визначення найважливіших аспектів надання стаціонарної допомоги і їхньої оцінки

	Найважливіші аспекти надання стаціонарної медичної допомоги		Оцінка аспекту, %		
	респонденти, які вважали найважливішим аспектом, %	рангове місце	«добре»	«задовільно»	«незадовільно»
Оцінювання кваліфікації лікарів	56,4	1	60,0	34,7	5,4
Оцінювання ефективності лікування	42,7	2	50,7	39,4	9,9
Оцінювання забезпеченості ліками	38,4	3	15,9	23,0	61,1
Оцінювання доступності діагностичних та лабораторних обстежень	36,8	4	33,6	49,7	16,7
Оцінювання санітарно-побутових умов	18,0	5	50,0	39,1	10,9
Оцінювання часу оформлення у приймальному відділенні	16,0	6	59,2	33,6	7,2
Оцінювання доброзичливості лікарів	13,7	7	62,3	31,9	5,8
Оцінювання зрозумілості і прозорості політики оплати	11,7	8	37,6	40,4	22,0
Оцінювання якості харчування	8,9	9	22,2	35,0	42,9
Оцінювання доброзичливості медичних сестер	5,1	10	53,2	38,1	8,7

Порівняно з даними попереднього року можна відмітити певну зміну в ранговому оцінюванні важливості окремих аспектів надання стаціонарної допомоги: кваліфікація лікарів (на 11,5% більше респондентів визначили цей аспект як один із найважливіших); зрозумілість і прозорість політики оплати (зростання на 4,4%); доступність діагностичних і лабораторних досліджень (зростання на 5,3%).

Зафіксовано зростання позитивних оцінок серед респондентів щодо часу оформлення у приймальному відділенні (59,2% у 2017 р. проти 55,2% у 2016 р.), санітарно-побутових умов (відповідно 50,0% проти 43,7%), кваліфікації лікарів (60% проти 57,2%), їхнього доброзичливого ставлення (62,3% проти 57,2%), ефективності лікування (50,7% проти 48,3%). І навпаки, дещо

зросла частка респондентів, які були незадоволені якістю харчування (42,9% у 2017 р. проти 41,8% у 2016 р.), а також ставленням середнього медичного персоналу (8,7% проти 6,5%).

Зауважимо, що на 4,6% порівняно з 2016 роком зменшилася частка респондентів, які негативно оцінювали забезпеченість ліками під час лікування у стаціонарі протягом останніх 12 місяців. 61,1% респондентів були незадоволені забезпеченістю ліками (у 2016 р. — 65,7%). Ці дані кореспондуються із даними Державної служби статистики (опитування домогосподарств, жовтень 2016 р.)⁵⁶.

За даними опитування кожен шостий респондент послуговувався стаціонарною медичною допомогою, при цьому вищі рівні цього показника зафіксовано серед респондентів з низькими рівнями доходів. Причини госпіталізації в цілому відповідають структурі первинної захворюваності населення країни і пов'язані в першу чергу з хворобами органів дихання та органів кровообігу.

Показано, що частота госпіталізації у стаціонар більша в осіб віком 60 років і старших, що відповідає тенденціям у потребі цієї категорії населення в цьому виді медичної допомоги, а також врахуванні даних потреб у процесі проведення реструктуризації закладів, що її надають.

Медіанне значення такого показника, як середній термін перебування хворого у стаціонарі, для всіх груп респондентів — 10 днів, що в цілому відповідає даним офіційної статистики перебування у стаціонарах вторинного рівня.

Вибір типу постачальника пов'язаний переважно з місцем проживання (сільська — міська місцевість), організацією надання стаціонарної медичної допомоги, уподобаннями і звичками її споживачів, однак зафіксовано збільшення частки респондентів, які зверталися до приватних закладів для стаціонарного лікування.

Як і за даними дослідження 2016 року, кожен другий респондент був направлений на госпіталізацію у стаціонар лікарем первинної ланки чи лікарем-спеціалістом.

Населення продовжує нести значні фінансові витрати, особливо на ліки, що відзначили 59,6% респондентів. І це підтверджено даними щодо сумарних витрат, які несуть домогосподарства, члени яких потребували стаціонарного лікування. Особливим тягарем це лягає на найбільш незахищені верстви населення, що потребує відповідної державної політики для забезпечення універсального доступу і фінансового покриття до послуг стаціонарної допомоги, врахування в розробленні стратегії змін як національної системи охорони здоров'я, так і її складових.

Більшість респондентів вказали на задоволення як наданням стаціонарної допомоги в цілому, так і окремими її аспектами, які характеризують з різних сторін її організацію.

⁵⁶ Соціально-економічне становище домогосподарств України у 2016 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств): Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України, 2017, С. 11–12.

Розділ 6

ДОСТУПНІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Авторка:

- *Марина Шевченко, Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»*

Основні результати розділу

- 21,6% респондентів повідомили про занадто високу вартість ліків як основну причину недоступності ліків.
- Майже кожен третій респондент віком 60 років і старші (33,4%) відчували тягар витрат на ліки.
- Витрати на ліки серед респондентів у процесі самолікування чи після звернення до нетрадиційного лікування становили в середньому 342,5 грн, що вище, ніж у попередньому році, на 38,4%.
- Під час останнього звернення по амбулаторну допомогу було призначено лікарем у середньому 4,2 лікарські засоби, а у стаціонарі — 6.
- Зріс відсоток респондентів, які вказали на придбання лікарських засобів, що їх було призначено лікарем (80% проти 77,6% у 2016 р.).
- Основна причина відмови від купівлі призначених лікарем ЛЗ стала відсутність коштів, про що повідомив майже кожен другий респондент.
- 7,6% респондентів отримали ЛЗ за програмою «Доступні ліки».
- 95,4% респондентам призначали ЛЗ під час останньої госпіталізації.
- За ліки, окрім тих, які видали в лікарні, респонденти сплатили в середньому 2525,13 грн.
- Витрати на лікарські засоби з особистого чи сімейного бюджету впродовж останніх 30 днів становили 610,9 грн.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ доступність ефективних і якісних з доведеною ефективністю лікарських засобів належить до одного із основних факторів, що визначає доступність системи охорони здоров'я для пацієнта⁵⁷. Лікарські засоби відіграють важливу роль у системі охорони здоров'я як для споживачів, так і для осіб, які формують та реалізують політику в цій сфері.

Дані міжнародної статистики вказують на те, що лікарські засоби являють собою третю за величиною статтю витрат на охорону здоров'я після стаціонарного та амбулаторного лікування. Це в середньому становить 16% витрат на охорону здоров'я в країнах економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР)⁵⁸ (не включаючи витрати на ліки в лікарнях)⁵⁹.

⁵⁷ Развитие фармацевтической практики: фокус на пациента. Б. СитиХоуп Интернешнл, Инк: 2008.112 с. СитиХоуп Интернешнл, Инк.

⁵⁸ 2015 рік.

⁵⁹ Health at a Glance 2017. OECD Indicators / OECD 2017, С. 185.

В Україні за даними НРОЗ в основному кінцеве споживання фінансових коштів системи охорони здоров'я забезпечувалося на рівні трьох основних постачальників медичних послуг і товарів (провайдерів): лікарень (35,3% поточних витрат на охорону здоров'я), закладів, що надавали амбулаторні послуги (12,4%), і закладів з роздрібною продажу медичних товарів та інших організацій, що надавали медичні товари (38,2%)⁶⁰.

У більшості країн ці витрати покриваються за рахунок державних коштів або схем обов'язкового медичного страхування. У країнах ОЕСР ці схеми охоплюють у середньому 57% усіх роздрібних фармацевтичних витрат, крім того, 39% покривається населенням за рахунок власних коштів, ще 4% — коштом добровільного медичного страхування.

Рівень охоплення має значні коливання в різних країнах. У Німеччині та Люксембурзі за рахунок схем страхування покривається від 80% витрат на ліки, а в Польщі — 34%, Латвії — 35%, Канаді та США — 36% (у цих країнах добровільне страхування та платежі «з кишені» відіграють значну роль у фінансуванні ліків)⁶¹. Також фіксуються значні коливання подушних витрат на ліки: Данія (282 дол. США), Ізраїль (313 дол. США), Естонія (326 дол. США), Швейцарія (982 дол. США), Японія (798 дол. США). В Україні цей показник — на рівні 53 дол. США⁶².

У цілому проблема доступності лікарських засобів залишається актуальною для багатьох країн світу. Для більшості населення фінансова доступність лікарських засобів є непереборною перешкодою. Найгостріше це відчувають пацієнти в країнах з економікою, що розвивається, й економікою перехідного періоду, де від 50 до 90% придбаних лікарських засобів купуються за власні кошти⁶³. Україна — не виняток: витрати із роздрібною продажу медичних товарів фінансуються за рахунок коштів домогосподарств (99,8%)⁶⁴. Це лягає важким тягарем на бідні верстви населення, які не мають адекватного соціального захисту. Тому пріоритетом для національної системи охорони здоров'я мають бути інтереси пацієнта, які полягають у забезпеченні фізичної і фінансової доступності ліків з доведеною терапевтичною ефективністю та безпекою.

⁶⁰ Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень/ Державна служба статистики України. 2017. С. 10–11.

⁶¹ Там само, с. 186.

⁶² Матеріали XII Щорічного аналітичного форуму «Фармапогляд 2017. І знову напередодні змін...». URL: <http://aipm.org.ua/publikatsiyi/i-znovu-naperedodni-zmin-shho-chekaye-na-farmrinok-ukrayini-u-2017-r/> (дата звернення 14.12.2017).

⁶³ Van Mil JW, Schulz M, Tromp TF. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci*. 2004 Dec; 26(6): 303–11.

⁶⁴ Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень/ Державна служба статистики України. 2017. С. 11.

6.1. Споживання ліків без призначення лікаря

За даними дослідження «Індекс Україна» 33,2% респондентів ($N = 3227$) повідомили про факт наявності випадку будь-якої хвороби чи травми, який трапився протягом останніх 12 місяців. Зверталися в разі останньої хвороби чи травми по медичну допомогу 72,9% респондентів. 2,2% опитаних серед усіх респондентів вказали як причину відмови від звернення по допомогу високу вартість ліків, послуг і транспорту.

21,6% опитаних серед тих, хто мав хворобу чи травму і не звертався по медичну допомогу, відмовилися від звернення по неї через її високу вартість. Отримані дані кореспондуються з результатами самооцінки домогосподарств доступності товарів і послуг, згідно з якими у 18% загальної кількості домогосподарств були особи, які повідомили про випадки неможливості придбання необхідних, але занадто дорогих ліків⁶⁵.

Про занадто високу вартість ліків як основну причину їх недоступності вказали 23,8% респондентів жінок і 18,6% чоловіків. Практично кожен четвертий респондент, який проживав у сільській місцевості, серед тих, хто мав випадок хвороби і не звернувся по медичну допомогу, також відмітили високу вартість ліків як причину їх недоступності; серед міських жителів цей показник становив 20,2%. Найбільше відчували тягар витрат на ліки респонденти старших вікових груп. Зокрема, майже кожен третій респондент віком 60 років і старші (33,4%) та кожен четвертий у віковій групі 45–59 років (26,5%) не зверталися до лікаря через високу вартість ліків, послуг, транспорту. Тільки 5,5% респондентів віком 18–29 років вказали як причину відмови високу вартість ліків і послуг, а у віковій групі 30–44 роки — 13,2% опитаних.

Витрати на ліки серед респондентів у процесі самолікування чи після звернення до нетрадиційного лікування ($N = 662$) становили в середньому 342,5 грн (медіана 200 грн; ст. відхилення — 478,3). Порівняно з попереднім роком⁶⁶ зафіксовано зростання середніх витрат на 38,4%, або майже 95 грн⁶⁷; медіанне значення — зі 150 до 200 грн.

Серед чоловіків ці витрати були вищими, ніж у жінок. Зокрема, чоловіки витрачали на ліки в середньому 371,6 грн (медіана 250 грн; ст. відхилення — 549,24); жінки, відповідно, — 324,5 грн (медіана 200 грн; ст. відхилення — 428,7).

Сільські жителі витрачали на 17,7% більше коштів на ліки порівняно з тими, хто проживав у містах: в середньому 398,1 грн (ст. відхилення 659,7) проти 327,6 грн (ст. відхилення — 408,6), медіанне значення однакове для обох категорій опитаних — 200 грн.

⁶⁵ Самооцінка домогосподарствами доступності окремих товарів та послуг. Державна служба статистики, К.: 2016. С. 1–2.

⁶⁶ Індекс здоров'я. Україна – 2016. К.: 2016, С. 125.

⁶⁷ Витрати на лікарські чи інші засоби в процесі самолікування чи після звернення до нетрадиційного лікування (серед тих, хто споживав) ($N = 584$) у середньому становили 247,54 грн, медіана – 150,0, ст. відхилення – 486,7 грн.

Серед респондентів різних вікових груп найвищі рівні витрат зафіксовано в осіб віком 60 років і старших (422,1 грн, медіана — 247,7, ст. відхилення — 648,7), найнижчі — у віковій групі 18–29 років (320,7 грн, медіана — 200, ст. відхилення — 519,5).

6.2. Споживання ліків під час амбулаторного лікування

Нагадаємо, що 37% дорослого населення зверталися по амбулаторну допомогу; в середньому один респондент звертався за цим видом допомоги 2,4 раза на рік. Проблема фінансової доступності за потреби отримати лікарські засоби залишається досить актуальною. Особливо це стосується вразливих категорій населення (осіб старших 60 років), кожен третій з яких вказав, що відмовлявся від лікування через відсутність коштів або вимушений зменшити кількість призначених ліків, а кожному сьомому — перервати (не закінчити) курс лікування через відсутність коштів протягом останніх 12 місяців. Про аналогічні причини вказали і кожна четверта жінка-респондент та сільські жителі (зокрема, 19,9% опитаних відзначили про факт відкладення лікування через відсутність коштів; 20,1% — довелося відмовитися від лікування через брак коштів) (*табл. 6.1*).

92,3% ($N = 2864$) респондентів вказали, що їм під час останнього звернення по амбулаторну допомогу було призначено лікарем від 1 до 5 найменувань лікарських засобів (ЛЗ) (аналогічний показник 2016 р. — 89%)⁶⁸. Як і в попередньому дослідженні відсоток респонденток-жінок, які надали інформацію про призначення їм лікарських засобів, був вищим порівняно з чоловіками (відповідно 93,9% проти 91,3%). Однак варто зазначити незначне зростання відсотків респондентів, які вказали про призначення ліків порівняно з 2016 роком⁶⁹.

⁶⁸ Індекс здоров'я. Україна – 2016. К.: 2016, С. 123.

⁶⁹ 2016 р.: жінки 90% надали інформацію про призначення їм ЛЗ, чоловіки – 87%. (Там само, с. 123).

Таблиця 6.1. Причини відмови від лікування або його відтермінування

Протягом останніх 12 місяців Вам доводилося через відсутність коштів ...	% / N	Всього	Стать		Місце проживання		Вік			
			чоловіки	жінки	місто	село	18–29 років	30–44 роки	45–59 роки	60 років і старші
... відмовлятися від лікування?	%	19,1	13,2	24,0	18,7	20,1	9,0	13,7	20,8	30,6
	N	1911	594	1317	1289	623	175	385	535	816
... відкласти лікування?	%	18,9	12,6	24,1	18,4	19,9	8,6	15,5	19,9	29,1
	N	1893	568	1325	1273	620	170	435	512	776
... зменшити кількість препаратів?	%	18,9	12,4	22,8	18,5	17,3	9,7	13,8	19	27,9
	N	1814	559	1255	1277	537	190	388	490	746
... перервати (не закінчити) курс лікування?	%	9,6	6,6	12,2	9,4	10,1	4	7,2	10,4	15,6
	N	965	298	668	650	315	77	203	267	418

Розподіл за статтю, віком, місцем проживання — значних розбіжностей між різними категоріями респондентів не встановлено.

44,9% ($N = 1457$) опитаних відзначили, що їм було виписано рецепт лікарем для придбання лікарських засобів або отримання відшкодування (2016 р. — 66,5%, $N = 1944$). Як і в попередньому році, частіше рецепти на ліки отримували респонденти віком 60 років і старші (51,6%), ніж особи у вікових категоріях 18–29 та 30–44 роки (відповідно 40,5% та 39,6%). За іншими критеріями (стать, місце проживання) статистично значущої різниці немає.

80% респондентів вказали на придбання лікарських засобів, які їм було призначено лікарем, що майже на 3% більше, ніж за даними попереднього дослідження (2016 р. — 77,6%⁷⁰). Це може свідчити про деякі позитивні зрушення в оцінюванні населенням рівня товарів фармацевтичного ринку, що підтверджено і даними інших досліджень⁷¹. Певне покращення ситуації порівняно з попереднім роком може бути пов'язано зі зростанням номінальних та реальних доходів населення та підвищенням рівня середньої заробітної плати як у номінальних, так і в реальних показниках (Державна служба статистики України, 2016 р.).

Частка тих, хто повністю придбав лікарські засоби згідно з призначеннями лікаря, була вищою серед сільських жителів, ніж серед міських (відповідно 84,1% і 78,2%).

⁷⁰ Індекс здоров'я. Україна – 2016. К.: 2016. С. 125.

⁷¹ Соціально-економічне становище домогосподарств України у 2016 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств) / Державна служба статистики, К.: 2017. С. 11.

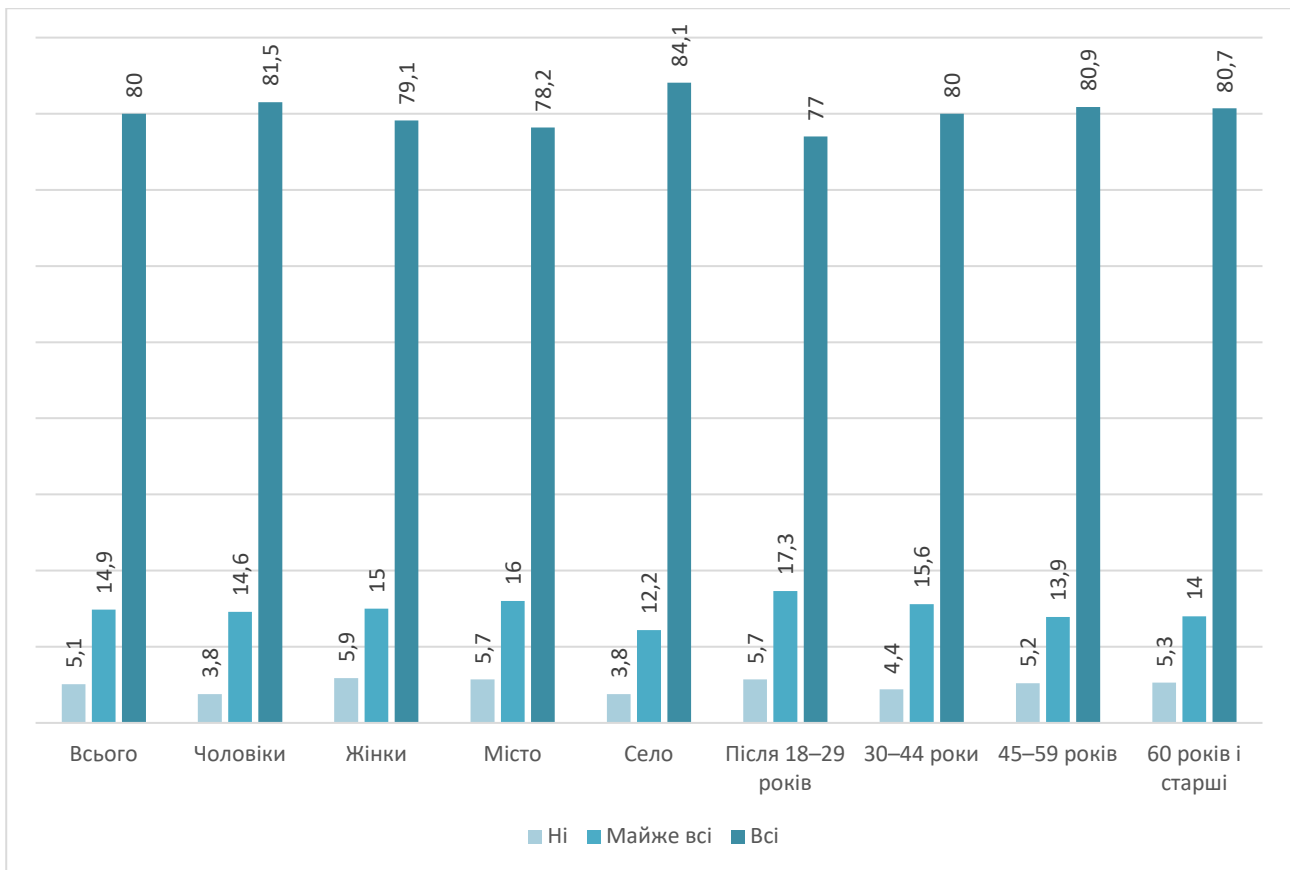


Рис. 6.1. Придбання призначених лікарем лікарських засобів: розподіл за статтю, віком, місцем проживання

Майже кожен другий респондент вказав, що основною причиною відмови від купівлі призначених лікарем лікарських засобів став брак коштів (47,2% респондентів серед тих, хто відповів «Ні» або «Майже всі» на запитання «Ви придбали всі ліки, які були призначені?» проти 50,5% у 2016 р.)⁷², а серед осіб старших вікових груп про це вказав кожен другий респондент (відповідно 49,2 та 59,3%). Аналогічну причину вказали жінки-респонденти (кожна друга, або 49,9%⁷³), а також сільські жителі (49,3%⁷⁴). Ці дані фактично збігаються з отриманими результатами у 2016 році.

Однак викликає занепокоєння відмова від купівлі призначених лікарських засобів: 41,9%⁷⁵ опитаних не купували ліків у зв'язку з тим, що вважали це за непотрібне. Респондентами, які найчастіше дотримувалися призначення лікаря і купували лікарські засоби, виявилися особи віком 60 років і старші, серед яких лише один з чотирьох опитаних вказав відповідь «не вважав за потрібне» як причину відмови від купівлі ліків. 59,1% респондентів у віковій групі 30–44 роки не вважали за потрібне купувати всі призначені їм ліки та 43,2% чоловіків. Не змогли придбати лікарські засоби через їх відсутність в

⁷² Аналогічний показник 2016 р. – 50,5% респондентів. (Там само, с. 125).

⁷³ 2016 р. – 56%.

⁷⁴ 2016 р. – 63%.

⁷⁵ 2016 р. – 35,5%.

аптечній мережі 12,5% респондентів, а найвищий відсоток таких — серед сільських жителів, про що вказав кожен п'ятий.

Майже кожному третьому респонденту (37,6%, або $N = 1098$) пропонувалося лікарем у разі призначення лікарських засобів дешевший або дорожчий аналог. Частіше про це згадували особи віком 60 років і старші (41,2% у цій групі).

30,5% опитаних також відзначили, що їм призначалися ліки, підібрані відповідно до діючої речовини (міжнародними непатентованими назвами). Серед жінок, міських жителів і осіб віком 60 років і старших цей відсоток дещо вищий (відповідно 31,3%, 33,0% і 33,2%), що може бути пов'язано із запровадженням програми «Доступні ліки», яка поширюється на лікарські засоби від серцево-судинних захворювань, діабету II типу і бронхіальної астми.

Варто підкреслити, що 7,6% респондентів вказали на досвід отримання ліків за програмою «Доступні ліки», яка стартувала у квітні 2017 р. Цією програмою скористалися переважно жінки (9,3%), міські жителі (7,8%) та респонденти віком 60 років і старші (15,9%). У цілому респонденти досить позитивно оцінюють урядову програму: кожен третій оцінює її дуже позитивно, а сумарно «дуже позитивно» і «скоріше позитивно» — 74,2%. Про «дуже негативне» ставлення вказали 9,7% опитаних.

Оцінювання респондентами програми «Доступні ліки» в розрізі окремих категорій опитаних подане на *рис. 6.2*. Найвищі оцінки дані респондентами вікової групи 30–44 роки (50,2% яких оцінили програму «дуже позитивно»); дещо менш позитивні оцінки дали респонденти віком 45–59 та 60 років і старші, а також сільські жителі. Це може бути пов'язано з різноманітними чинниками, наприклад із проблемами запровадження програми, насамперед прогалини в нормативній, методологічній, логістичній, організаційній та технічній базах для впровадження адекватної системи, відсутності та недосконалості електронних реєстрів пацієнтів, низьким рівнем інформатизації мережі закладів охорони здоров'я, обмеженістю переліку міжнародних непатентованих назв (МНН), дефіцитом окремих ЛЗ, які були включені у програму, залученням аптечної мережі до участі у програмі (особливо в сільській місцевості) тощо⁷⁶.

⁷⁶ Програма «Доступні ліки»: від перших результатів до перспектив розвитку. URL: <http://www.apteka.ua/article/414463/> (дата звернення 14.12.2017).

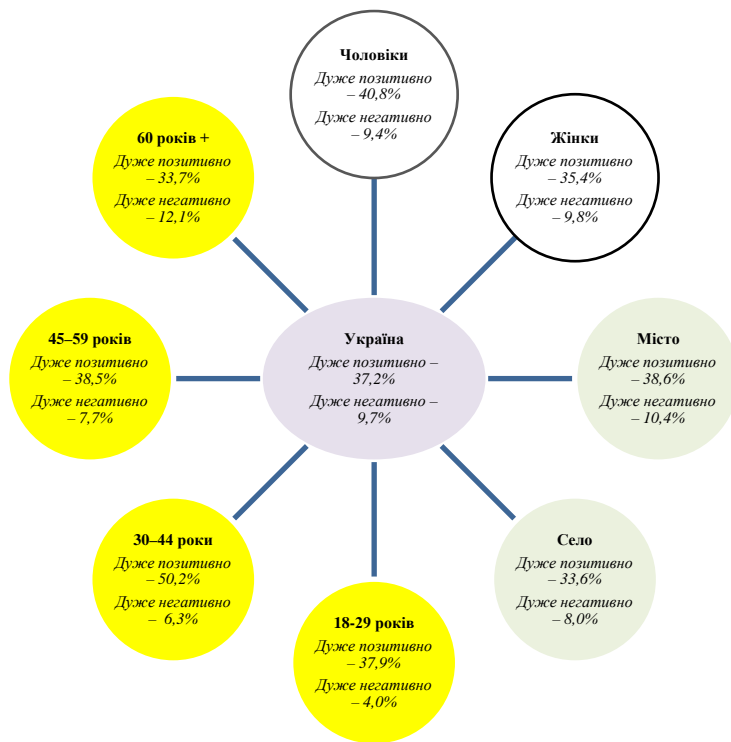


Рис. 6.2. Оцінювання респондентами програми «Доступні ліки»: «дуже позитивно» — «дуже негативно»

96,2% респондентів (2016 р. — 97%), яким було призначено лікарські засоби, купували їх власним коштом і витрачали в середньому 660,2 грн⁷⁷ (медіана — 300 грн, ст. відхилення — 1841,2) (*рис. 6.3*). Чоловіки витрачали більше коштів під час купівлі лікарських засобів, ніж жінки. Аналогічна ситуація характерна і для міських жителів та осіб старших вікових груп.

⁷⁷ 2016 р. — 776 грн, медіана — 400 грн.

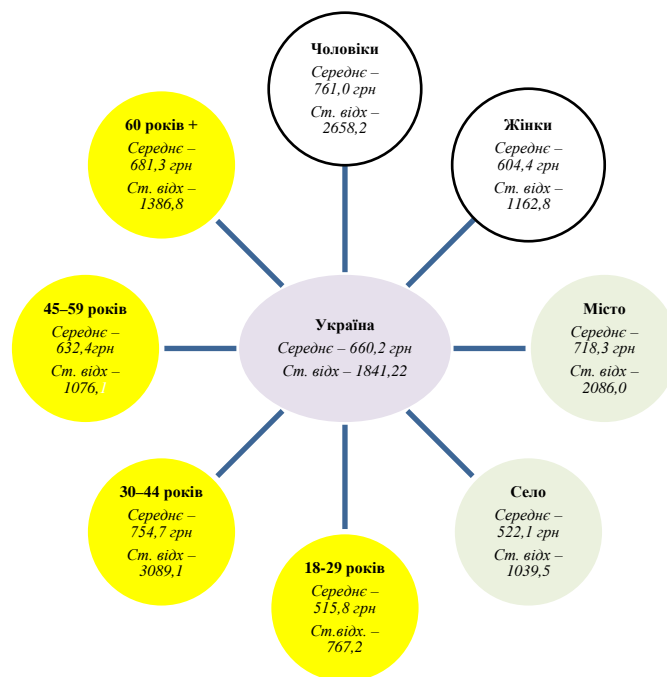


Рис. 6.3. Витрати на лікарські засоби серед різних категорій респондентів

Відсоток респондентів, які сплачували за лікарські засоби власним коштом, був дещо вищим серед жінок (97,1%), ніж серед чоловіків (94,6%), і майже ідентичним серед мешканців сільської та міської місцевості (96,6% та 96% відповідно). У віковій групі 60 років і старші 98% опитаних повідомили про витрати на ліки «з кишені». 2,5% респондентів (2016 р. — 2,0%) вказали на отримання компенсації витрат на придбання лікарських засобів, призначених лікарем на амбулаторному прийомі.

6.3. Споживання ліків під час стаціонарного лікування

95,4% респондентів вказали про призначення лікарських засобів під час останньої госпіталізації. Як і у 2016 році, лікарські засоби призначали більше чоловікам (97,5%), аніж жінкам (94%), міським жителям (96,1%) та особам у вікових групах 45–59 років та 60 років і старшим (по 99%). У середньому одному респонденту призначалося 6 лікарських засобів (аналогічно до результатів дослідження 2016 р.). 18% респондентів не сплачували за призначені ліки (2016 р. — 17%); 82% відзначили, що оплачували ліки, які їм призначали (2016 р. — 83%).

У цілому на ЛЗ, які були призначені на курс лікування під час стаціонарного лікування в лікарні і за які треба було платити, респонденти витратили 2310,97 грн (медіана — 1230,83 грн; ст. відхилення — 3726,6)⁷⁸. За лікарські ж засоби, окрім тих, які видали в лікарні, респонденти сплатили в середньому 2525,13 грн (медіана — 1450; ст. відхилення — 4265,5)⁷⁹.

⁷⁸ В3.17. Якщо Вам видали ліки в лікарні й треба було за них платити, то скільки Ви сплатили за ці ліки?

⁷⁹ В3.20. Скільки Ви сплатили за ліки, окрім тих, які Вам видали в лікарні?





85% респондентів купували всі призначені лікарські засоби (2016 р. — 85,2%), 13,7% — майже всі (2016 р. — 11,5%) і 1,4% — не всі (2016 р. — 3,3%). Щодо причин відмови від купівлі призначених лікарських засобів, то 35,1% респондентів вказали на брак коштів. Через брак коштів не купували призначені лікарські засоби переважно чоловіки (41,5%) та респонденти віком 45–59 років (44,2%), а також міські жителі (35,6% проти 33,9% серед тих, хто мешкає в сільській місцевості).

15,3% обрали варіант відповіді «Не вважали за потрібне купувати», а 7,9% — не знайшли призначені лікарські засоби. Варто зазначити, що кожен третій респондент обрав опцію «брак коштів» як причину непридбання призначених ліків під час стаціонарного лікування (2016 р. — про це повідомляв кожен другий респондент (55,2%).

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

Фінансовий тягар, пов'язаний із потребою придбання лікарських засобів у разі стаціонарного лікування, залишається значним, про що сказали 73% респондентів ($N = 1057$)⁸⁰, яким особисто або їхнім родинам було неможливо або складно віднайти на це кошти. Кожен п'ятий ($N = 299$) вказав, що це не вплинуло на особистий чи сімейний бюджет.

Таблиця 6.3. Окремі характеристики споживання лікарських засобів під час стаціонарного лікування: порівняння результатів дослідження 2016 і 2017 років

	Показник	2016	2017
Призначення ЛЗ під час останньої госпіталізації у стаціонар	Так	1136 (95,9%)	1008 (95,4%)
	середнє	6,23	5,74
	медіана	6,00	5,00
	ст. відхилення	3,93	3,6
Кількість ЛЗ, виданих безоплатно в лікарні, одиниць	0	1129 (83,0%)	1078 (79,6%)
	1–2	138 (10,1%)	127 (9,4%)
	3 та більше	93 (6,9%)	55 (4,1%)
Витрати на ЛЗ під час останньої госпіталізації, грн	середнє	2311,36	2525,13 
	медіана	1500	1450
	ст. відхилення	3711,82	4266,5
Причини непридбання всіх ЛЗ	не вважали за потрібне	42 (27,6%)	26 (15,3%) 
	не знайшли або немає необхідних ЛЗ в аптечній мережі	16 (10,4%)	13 (7,9%) 
	Інше	5 (3,3%)	2 (1%) 

⁸⁰ Включаючи ВС і ВД, $N = 1558$.

6.4. Сумарні витрати на лікарські засоби

За результатами опитування кожен другий респондент мав витрати на лікарські засоби з особистого чи сімейного бюджету впродовж останніх 30 днів (2016 р. — 54,2%, 2017 р. — 52,5%). На придбання лікарських засобів витрачалося ними 610,9 грн (медіана — 300 грн, ст. відхилення — 3728,7)⁸¹. За розрахунками майже 11% від середньомісячних сукупних витрат домогосподарства^{82, 83} витрачалося на придбання ЛЗ.

Сумарні витрати на лікарські засоби серед різних категорій респондентів дано на *рис. 6.5*.

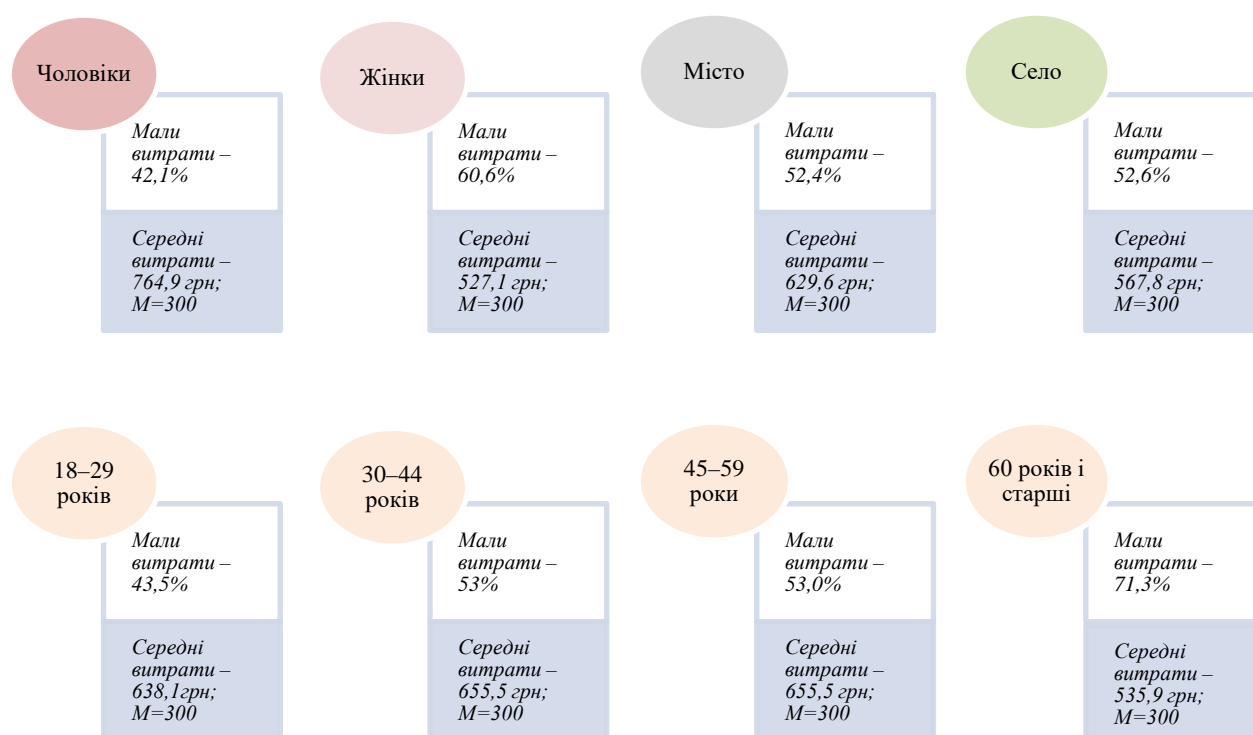


Рис. 6.4. Сумарні витрати на лікарські засоби серед різних категорій респондентів

За даними дослідження частіше мали витрати жінки (60,6%) та респонденти віком 60 років і старші (71,3%), проте найбільше витрачали на купівлю ліків упродовж останніх 30 днів чоловіки (764,9 грн).

Доступ до лікарських засобів залишається суттєвою проблемою для населення України, яке несе значні витрати на їх придбання, і як результат кожен п'ятий респондент

⁸¹ Дані 2016 р.: середнє — 550 грн, медіана — 300 грн, ст. відхилення — 1665,7. (Там само, с. 127).

⁸² Середньомісячні сукупні витрати одного домогосподарства у 2016 р. становили 5720 грн.

⁸³ Соціально-економічне становище домогосподарств України у 2016 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств); Державна служба статистики, К.: 2017. С. 5.

вимушений був відмовитися від звернення по допомогу через високу вартість ліків, послуг і транспорту. При цьому найбільш вразливими залишаються представники старших вікових груп, про що повідомив майже кожен третій респондент віком 60 років і старші та кожен четвертий у віковій групі 45–59 років.

Для покращення забезпечення населення якісними і доступними ліками необхідно продовжити роботу над:

- підвищенням ефективності менеджменту у сфері забезпечення населення лікарськими засобами із залученням і представників громадського здоров'я;
- імплементацією норм належних практик щодо регулювання обігу лікарських засобів та нормативно-правової бази практики країн ЄС у вітчизняне законодавство;
- впровадженням новітніх технологій виробництва, привабленням інвестицій, покращенням дослідницьких та експериментальних робіт для виготовлення медичних препаратів, удосконаленням системи ціноутворення;
- запровадженням безперервного функціонування системи управління якістю;
- подальшим розвитком системи стандартизації.

Також важливою умовою є подальша стабілізація соціально-економічного становища в країні та підвищення рівня доходів населення для забезпечення фізичної й економічної доступності лікарських засобів.

Розділ 7

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА СПРИЙНЯТТЯ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Авторки розділу:

- *Тетяна Степурко, Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»*
- *Олександра Бетлій, Інститут економічних досліджень та політичних консультацій*

Однією з ключових цілей системи охорони здоров'я є «відгукливість» (*responsiveness*) цієї системи та відповідних послуг. Така здатність надавати адекватні за часом і змістом відповіді на потреби найчастіше вимірюється індикатором задоволеності. Задоволеність може вимірюватися як на рівні системи в цілому, так і для кожної послуги⁸⁴, однак у пострадянських країнах дані щодо задоволеності часто не використовуються в процесі розроблення політики, прийняття рішень та відстежування змін у системі охорони здоров'я, оскільки вважається суб'єктивною оцінкою, яка не заслуговує уваги. Однак виявлення частки пацієнтів, які задоволені різними видами медичної допомоги, та відстежування динаміки показника в часі є одним із дороговказів, які стимулюють чутливість системи охорони здоров'я до потреб пацієнтів.

Задоволеність охороною здоров'я є невіддільною частиною оцінювання діяльності систем охорони здоров'я в країнах, наприклад, Європейського Союзу, а також у Канаді, США, Австралії та ін. У Сполучених Штатах Америки, Канаді, Австралії, Норвегії та ін. оцінювання задоволеності медичними послугами стало важливим у 50–60-х роках ХХ століття, коли охорона здоров'я набула рис ринку, «гроші стали йти за пацієнтом», і, крім того, пацієнт став розглядатися здебільшого як споживач: більш активний суб'єкт, залучений до прийняття рішень щодо діагностики та лікування, відповідальний за власне здоров'я⁸⁵.

⁸⁴ Bleich, S. N., Özaltın, E., & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271–278.

⁸⁵ Hekkert, K. D., Cihangir, S., Kleefstra, S. M., van den Berg, B., & Kool, R. B. (2009). Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Social science & medicine*, 69(1), 68–75.

Crow, H., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*.

<http://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/1073/102382.pdf;sequence=1>

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept?. *Social science & medicine*, 38(4), 509–516.

Winkler, F. (1987). Consumerism in health care: beyond the supermarket model. *Policy & Politics*, 15(1), 1–8.

Кутузова, Д., Степурко, Т., & Ковтонюк, П. (2015). Пацієнт, споживач чи клієнт? Як називати тих, хто по цей бік лікарні? Наукові записки, Соціологічні науки.

Отже, зворотний зв'язок у вигляді думки споживача, його очікувань, переважень та виборів, як і задоволеності сервісом, набув неабиякого значення. Деякі автори навіть стверджують, що очікування та цінності клієнта виключно мають бути враховані під час оцінювання роботи надавача медичної допомоги ⁸⁶.

Незважаючи на суб'єктивне забарвлення сприйняття важливості задоволеності людей медичними послугами, як і ставлення та обізнаності щодо реформ, ці виміри було включено до дослідження «Індекс здоров'я». Такі суб'єктивні показники допомагають краще зрозуміти більш об'єктивні індикатори, як-от наявність діагнозу (що можна підтвердити на основі медичної документації) або оплата за медичну послугу (можна звернутися до квитанцій, у яких і вказано цифру). Хоча наразі реформа охорони здоров'я України більш націлена на досягнення іншої, не менш важливої мети — фінансової захищеності людей у процесі користування медичними послугами, — у перспективі розвитку системи й зменшення фінансового тягаря пацієнтів та їхніх родин на перше місце виходитиме «чутливість» надавачів медичних послуг як найближчих до людей представників системи охорони здоров'я.

Структура питань щодо задоволеності взята з британського дослідження цінностей, а решта питань щодо реформи розроблена дослідниками «Індексу здоров'я».

7.1. Задоволеність медичною допомогою

Задоволеність медичною допомогою вимірювалася переліком питань: «Наскільки Ви задоволені: дільничними терапевтами/сімейними лікарями? педіатрами? стоматологами? вузькими спеціалістами в поліклініці? швидкою медичною допомогою? геребуванням у стаціонарі? в пологових будинках?» Варіанти відповідей розмістилися на шкалі від «1 — зовсім незадоволений» до «4 — цілком задоволений». Також напрям емоцій, які мають люди щодо послуги, може бути пов'язаний з наявністю (нещодавнього) досвіду звернення до лікаря чи опосередкованого контакту з лікарем, який, наприклад, мають родичі чи доглядальники пацієнта, це, відповідно, було відображено в окремому запитанні (A1–A2, див. Додаток А). Більше того, в 2017 році наприкінці анкети були додані уточнювальні запитання щодо задоволеності окремо (1) дільничним терапевтом, (2) сімейним лікарем та (3) дільничним педіатром, оскільки «нові» сімейні лікарі можуть сприйматися людьми інакше, аніж дільничні терапевти.

За результатами опитування «Індекс здоров'я. Україна–2017» переважна більшість населення в цілому задоволені тим, як працюють різні складові системи охорони здоров'я в

⁸⁶ Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: Vol. I. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press, Ann Arbor, MI, 1980. 178 p.

Україні. Наприклад, найбільше задоволені педіатрами (цілком та скоріше задоволені) — 74,8% опитаних, стоматологами — 74%, дільничними терапевтами чи сімейними лікарями — 72,7%. Дещо менше задоволені допомогою, наданою у стаціонарах, — 57,2%, у пологових будинках — 60,5%, вузькими спеціалістами в поліклініці — 69,9% (рис. 7.1).

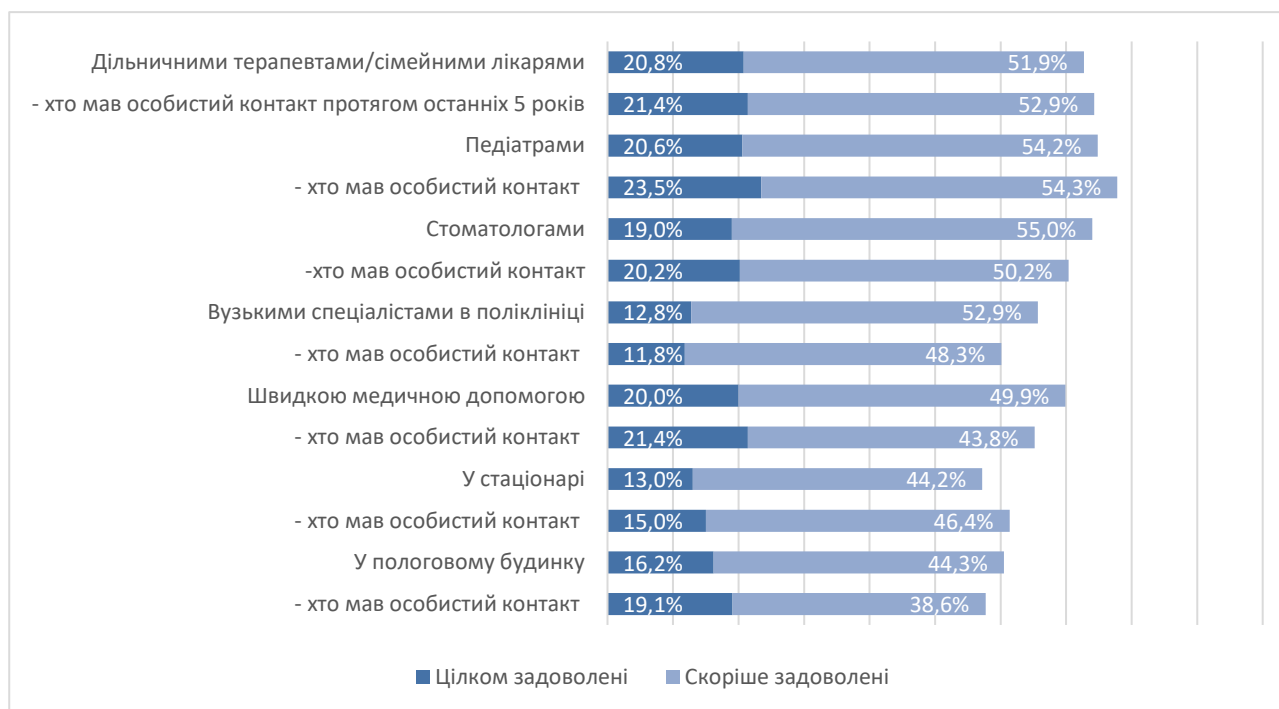


Рис. 7.1. Задоволеність медичною допомогою серед населення загалом та серед тих, хто мав контакт з надавачами медичних послуг

В окремих випадках різниця між нещодавніми споживачами й особами, які мали досвід звернення в далекому минулому, не перевищувала 2%, завдяки великому обсягу вибірки така різниця є статистично значущою⁸⁷ (див. *рис. 7.1*). Ті, хто мав особистий контакт із закладами охорони здоров'я, також здебільшого задоволені медичною допомогою, як свідчать результати даного дослідження. Утім особливо помітна різниця в задоволеності серед усіх опитаних і тих, «хто контактував» зі швидкою медичною допомогою — дещо більше задоволених серед усіх опитаних, як і серед тих, хто звертався до вузьких фахівців у поліклініках. Інший вектор різниці (більше задоволених серед тих, «хто контактував») спостерігається в разі педіатричної допомоги та допомоги у стаціонарі.

Відповідаючи на запитання, наскільки респонденти задоволені роботою різних складових системи охорони здоров'я, як споживачі, так і решта респондентів переважно обирали варіант «скоріше задоволені», аніж «цілком задоволені»: роботою дільничних терапевтів чи сімейних лікарів цілком задоволені 21,4% тих, хто мав особистий досвід звернення протягом останніх 5 років у 2017 році й 16,9% у 2016 році (20,8% серед опитаних

⁸⁷Максимальна похибка (для значень, близьких до 50%) для групи в N = 3000 — 1.8%, 5000 — 1.4%, 7000 — 1.18%.

загалом у 2017 р. та 15,6% у 2016 р.), педіатрів — 23,5% у 2017 році та 17,9% у 2016 році (20,6% серед опитаних загалом у 2017 р. та 14,6% у 2016 р.), стоматологів — 20,2% у 2017 році та 21,0% у 2016 році (19% серед опитаних загалом у 2017 р. та 18,9% у 2016 р.), медичною допомогою у стаціонарі — 15% у 2017 році та 13,1% у 2016 році (13% серед опитаних загалом у 2017 р. та 10,6% у 2016 р.), швидкою медичною допомогою — 21,4% та 21,7% у 2017 та у 2016 роках відповідно (20% серед опитаних загалом у 2017 р. та 18,3% у 2016 р.), роботою пологових будинків чи відділень — 19,1% та 17% у 2017 та 2016 роках відповідно (16,2% серед опитаних загалом у 2017 р. та 11,1% у 2016 р.). Найменше «цілком задоволених» помічено для опції лікаря-спеціаліста в поліклініці — 11,8% (12,8% серед опитаних загалом).

Найбільше роботою різних складових системи охорони здоров'я були задоволені жителі (*табл. 7.1.*):

- Донецької (85,3% цілком та скоріше задоволені сімейними лікарями чи дільничними терапевтами, 68,9% — допомогою у стаціонарах, 87% — педіатрами);
- Миколаївської (83,8% цілком та скоріше задоволені сімейними лікарями чи дільничними терапевтами, 85,8% — допомогою у стаціонарах, 91,9% — педіатрами);
- Харківської (88,7% — цілком та скоріше задоволені сімейними лікарями чи дільничними терапевтами, 73,1% — допомогою у стаціонарах, 91,7% — педіатрами);
- Чернівецької (80,8% цілком та скоріше задоволені сімейними лікарями чи дільничними терапевтами, 78,8% — допомогою у стаціонарах, 88% — педіатрами) областей.

Таблиця 7.1. Задоволеність медичною допомогою: розподіл за областями (для населення загалом), %

Питання анкети А1-2	Дільничні терапевти / сімейні лікарі		Сімейні лікарі		Дільничні терапевти		Педіатри		Дільничні педіатри		Стоматологи		Медична допомога вузького спеціаліста в поліклініці		Робота швидкої медичної допомоги		Медична допомога в стаціонарі		Пологові будинки	
	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.
Україна	20,8	51,9	17,8	61,4	18,1	61,7	20,6	54,2	19,7	60,4	19,0	55,0	12,8	52,9	20,0	49,9	13,0	44,2	16,2	44,3
Вінницька	32,5	44,7	33,0	48,9	31,3	50,5	34,2	39,4	37,6	38,4	24,3	45,6	25,8	42,3	40,4	29,6	24,2	33,0	29,1	33,7
Волинська	30,7	57,4	31,1	59,5	30,7	58,1	35,4	52,1	37,5	51,3	20,7	70,6	16,7	67,7	27,8	56,3	22,1	53,7	29,8	52,4
Дніпропетровська	22,8	43,0	26,7	53,1	27,8	50,5	29,7	42,6	39,7	37,6	33,5	39,6	20,0	45,7	34,2	41,0	21,1	41,4	27,8	38,0
Донецька	30,7	54,6	20,1	68,8	23,2	66,3	36,1	50,9	27,1	62,4	35,6	51,8	24,6	50,4	34,7	46,5	24,6	44,3	44,4	41,3
Житомирська	9,4	65,6	3,8	74,7	7,1	74,3	8,0	79,3	8,3	82,3	2,9	61,0	1,7	64,0	9,7	60,8	6,7	54,6	4,9	64,3
Закарпатська	12,4	61,2	6,9	69,5	10,4	69,0	9,0	61,2	6,1	76,4	10,0	51,4	4,8	52,9	11,0	64,0	6,0	44,1	7,7	46,5
Запорізька	6,6	40,4	7,7	45,6	6,1	47,9	7,1	38,9	5,9	44,8	2,1	45,4	2,6	26,6	4,8	36,9	0,9	25,1	1,2	34,9
Івано-Франківська	14,9	53,9	6,8	68,7	9,9	68,0	14,6	58,1	11,9	63,4	16,0	68,2	4,2	53,8	13,9	60,5	8,3	56,2	13,5	43,1
Київська	16,2	55,6	17,6	57,6	10,9	62,9	16,6	55,4	20,0	55,5	25,4	55,6	11,6	50,9	22,9	50,5	17,8	51,0	21,6	46,6
Кіровоградська	12,4	68,0	5,1	71,6	11,1	70,8	15,8	69,0	6,9	80,9	6,7	56,6	5,0	57,4	6,1	53,0	7,5	36,9	3,8	33,7
Луганська	37,5	39,4	30,5	48,1	31,8	48,7	34,1	46,1	30,4	48,5	26,5	59,5	19,4	46,7	45,0	39,0	26,1	35,2	33,2	48,0
Львівська	13,5	60,4	9,8	77,5	11,7	70,9	16,3	66,7	11,1	72,7	20,1	64,6	8,1	64,1	12,3	52,0	10,9	46,9	19,9	48,2
Миколаївська	3,8	80,0	4,2	84,3	3,6	84,3	8,1	83,8	5,3	88,0	1,8	85,9	2,1	82,3	8,1	83,0	5,1	80,7	6,0	90,8
Одеська	11,6	53,5	6,9	63,8	6,3	67,7	10,4	51,5	9,2	68,4	20,0	53,9	4,8	47,1	3,9	45,3	31,2	8,8	8,1	31,5
Полтавська	10,2	68,4	7,4	71,4	9,4	70,8	12,4	69,5	8,5	75,8	17,0	63,6	7,3	64,1	11,1	64,6	9,1	62,3	6,6	61,7
Рівненська	13,8	54,8	11,8	69,3	10,4	74,3	15,4	56,1	14,5	69,1	13,7	61,7	9,8	53,0	9,3	57,6	11,8	47,7	11,1	50,8
Сумська	5,3	44,2	2,9	58,1	2,3	55,5	5,1	49,7	5,6	59,0	3,2	55,1	2,0	43,1	3,9	35,4	4,6	24,4	2,8	24,3
Тернопільська	41,5	36,7	36,6	50,1	39,2	48,8	32,1	47,2	31,9	55,1	34,0	46,0	17,0	47,3	26,9	42,3	14,8	43,8	19,4	50,6
Харківська	49,3	39,4	47,8	47,5	42,0	54,0	50,6	41,1	47,1	48,8	27,3	60,9	37,3	48,6	35,3	53,6	31,0	42,1	37,8	45,0
Херсонська	13,1	48,3	8,2	66,3	10,9	61,9	15,6	56,9	13,6	63,5	12,2	54,0	6,2	55,0	24,9	50,8	10,1	50,5	12,2	51,6
Хмельницька	21,1	58,6	5,5	66,9	3,7	67,0	15,8	51,2	11,0	56,5	10,1	57,7	11,1	50,7	9,4	54,0	11,3	46,1	13,8	43,2
Черкаська	23,4	34,6	24,7	46,1	30,1	43,4	26,1	40,9	28,3	51,0	21,2	44,4	15,8	41,8	30,5	43,8	16,3	48,3	17,4	31,7
Чернівецька	23,1	57,7	22,6	64,8	23,7	66,8	24,5	63,5	21,9	67,4	36,2	50,0	16,8	62,8	28,4	55,0	17,3	61,5	15,9	53,5
Чернігівська	21,7	58,0	17,5	69,9	19,4	67,7	17,2	65,0	29,1	59,6	6,2	69,3	2,6	68,4	8,9	68,3	3,2	59,7	10,7	68,7
м. Київ	16,1	51,5	12,0	61,3	13,1	60,8	11,8	60,3	10,6	64,3	9,9	48,5	4,8	63,2	7,0	49,6	2,1	32,4	4,1	38,2

Таблиця 7.2. Задоволеність медичною допомогою: розподіл за статтю, віком, типом місцевості та станом здоров'я (для населення загалом), %

Питання анкети А1-2	Дільничні терапевти / сімейні лікарі		Педіатри		Стоматологи		Медична допомога вузького спеціаліста в поліклініці		Робота швидкої медичної допомоги		Медична допомога у стаціонарі		Робота пологових будинків	
	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.	цілком задовол.	скоріше задовол.
Загалом	20,8	51,9	20,6	54,2	19,0	55,0	12,8	52,9	20,0	49,9	13,0	44,2	16,2	44,3
<i>СТАТЬ</i>														
Чоловіки	18,8	53,0	16,6	56,6	17,9	56,0	11,4	53,5	18,0	49,5	12,2	43,4	14,1	41,6
Жінки	22,3	51,0	23,3	52,7	19,9	54,3	13,9	52,5	21,5	50,3	13,5	44,8	17,4	45,8
<i>ВІКОВА ГРУПА</i>														
18–29 років	21,8	55,2	25,8	54,0	23,8	58,4	14,2	56,0	17,8	50,3	10,6	48,1	21,0	46,1
30–44 роки	18,6	52,3	20,6	55,4	19,8	57,0	10,9	51,8	19,4	47,9	12,0	41,6	16,4	44,3
45–59 років	19,7	51,7	18,0	52,9	16,3	53,7	12,9	52,8	20,8	48,8	12,9	43,1	11,9	43,6
60 років і старші	23,4	49,1	16,3	53,7	16,2	50,5	14,6	52,1	21,4	52,8	15,5	45,1	12,5	41,4
<i>ТИП МІСЦЕВОСТІ</i>														
Міська	19,9	50,7	20,7	53,0	19,8	54,0	13,5	52,5	20,7	50,2	13,6	41,8	17,1	42,6
Сільська	22,7	54,2	20,3	56,9	17,3	57,3	11,4	57,3	18,6	49,2	11,7	49,0	14,1	48,1
<i>САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я</i>														
Дуже погане	31,9	34,8	20,2	39,1	13,9	39,3	24,7	38,6	31,8	40,7	17,5	42,0	13,8	29,7
Погане	20,7	48,1	13,3	51,5	12,8	47,2	11,2	50,9	18,0	50,7	11,6	43,7	9,8	33,4
Посереднє — не добре, але й не погане	19,2	52,3	17,2	55,2	16,0	54,6	11,9	53,0	20,1	50,5	13,0	44,8	12,1	45,4
Добре	17,1	56,5	19,5	58,0	19,8	59,2	10,7	57,1	16,3	52,1	10,7	44,0	15,6	46,6
Дуже добре	47,3	37,4	49,8	32,6	41,0	46,4	31,0	38,6	39,6	37,2	26,3	41,4	41,1	37,0

Найменше задоволені респонденти в Запорізькій області (47% — сімейними лікарями чи дільничними терапевтами, 26% — допомогою у стаціонарі), у Сумській області (49,5% — сімейними лікарями чи дільничними терапевтами, 29% — допомогою у стаціонарі) та в м. Києві (67,6% — сімейними лікарями чи дільничними терапевтами, 34,5% — допомогою в стаціонарі). У 2016 році Сумська область також показувала найнижчі рівні задоволеності.

Більше того, особливу увагу привертають такі результати:

- найменше «цілком задоволених» дільничними терапевтами чи сімейними лікарями в Миколаївській області (3,8% на додачу до 80% «скоріше задоволених»), у Сумській області (5,3% та 44,2% «скоріше задоволених») і в Житомирській області (9,4% та 65,6% «скоріше задоволених»);
- у питанні про задоволеність стоматологами найбільше «цілком задоволених» помічено в Чернівецькій області — 36,2%, а також у Донецькій — 35,6%, Тернопільській — 34% та Дніпропетровській — 33,5% областях;
- найбільше «цілком задоволених» допомогою в пологових будинках було в Донецькій області — 44,4%, Харківській — 37,8%, Луганській — 33,2%, а найменше «цілком задоволених» у Запорізькій — 1,2%, Сумській — 2,8%, Кіровоградській — 3,8% областях та м. Києві — 4,1%.

Серед областей та на національному рівні ми не помітили великої різниці в рівні задоволеності між сімейними лікарями та дільничними терапевтами (стовпчики в сірому), однак у Львівській області приблизно на 5% більше людей задоволені сімейними лікарями, ніж дільничними терапевтами. Це — найбільша різниця в згаданій задоволеності.

За соціально-демографічними характеристиками (*табл. 7.2*) спостерігалася дещо більша частка (різниця 4–7%) задоволених окремими аспектами надання медичної допомоги серед жінок. Так, роботою педіатрів задоволені 76% жінок і 73% чоловіків, які мали досвід звернення по медичну допомогу; швидкої допомоги — 72% жінок і 68% чоловіків відповідно, пологових будинків — задоволені 63% жінок і 56% чоловіків. Інші аспекти і чоловіки, і жінки оцінювали приблизно однаково.

Молоді люди (віком 18–29 років) трохи більше задоволені роботою спеціалістів у поліклініках (70% респондентів, які зверталися по медичну допомогу) та стоматологів (58%), а також медичною допомогою у стаціонарі (59%, як і респонденти віком від 60 років) та пологових будинках/відділеннях (67%).

Мешканці сільської місцевості дещо більше, ніж жителі міст, задоволені роботою терапевтів / сімейних лікарів (сільська місцевість — 77%, міста — 71% серед усіх опитаних), педіатрів (77% та 74% відповідно), допомогою спеціалістів у поліклініці (57% та 53% відповідно), медичною допомогою у стаціонарі (49% та 42% у містах відповідно).

Встановлено, що медичною допомогою більше задоволені респонденти, які оцінюють своє здоров'я як добре, аніж ті, хто оцінює власне здоров'я як погане. Цей факт підкреслює різні очікування та потреби споживачів, а також різне оцінювання отриманих послуг системи охорони здоров'я.

Загалом ми спостерігаємо дещо вищий рівень задоволеності в 2017 році порівняно з 2016 роком. Однак і досі спостерігаємо схожі відмінності серед різних соціально-демографічних верств населення. Найважливішою знахідкою є велика різниця в рівнях задоволеності як з-поміж регіонів, так і з-поміж видів медичної допомоги й надавачів допомоги.

Наведені вище результати щодо задоволеності варто розглядати, враховуючи особливості концепту задоволеності⁸⁸: наприклад, на порівнянні очікувань людини з отриманим результатом (якщо очікування низькі, навіть посередній результат може принести задоволення, оскільки він вищий за очікування). Інші теорії розглядають концепт задоволеності як порівняння власного чи знайомого досвіду. Отже, відносно високий відсоток задоволених людей можна інтерпретувати не обов'язково як «гарний стан справ за оцінкою людей», а радше задоволеність як відповідність очікувань та порівнюваність попередніх досвідів.

7.2. Ставлення до реформи системи охорони здоров'я

У 2017 році, як і в 2016, дослідницький інструмент містив питання щодо ставлення до реформи охорони здоров'я, а саме: «Чи, на Вашу думку, потрібна реформа охорони здоров'я взагалі?» та «Як Ви думаєте, чи відбувається реформа охорони здоров'я?».

За результатами опитування у 2017 році 84,4% респондентів зазначили, що реформа охорони здоров'я потрібна. При цьому існують суттєві відмінності між регіонами: тоді як майже всі опитані із Закарпатської, Сумської, Львівської та Миколаївської областей вважали реформу потрібною, частка ствердних відповідей у Донецькій, Луганській та Запорізькій областях не перевищила 60%, а в Харківській становила 65% (*табл. 7.3*). Не спостерігається особливої відмінності у думці щодо потреби реформування між віковими групами та статтю. Дещо більша частка сільського населення, ніж міського, вболіває за початок реформи: відповідно 88,9% та 82,4%, що може бути пояснено дещо гіршою доступністю до охорони здоров'я саме в сільській місцевості.

⁸⁸Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning*, 6(3–4), 185–210.
Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*, 45(12), 1829–1843.

Таблиця 7.3. Потреба в реформі та її втілення (відсотки)

	A9. На Вашу думку, чи потрібна взагалі реформа охорони здоров'я?	A10. Як Ви думаєте, чи відбувається реформа охорона здоров'я?
	Відповідь <u>ТАК</u>	Відповідь <u>ТАК</u>
РЕГІОН		
<i>УКРАЇНА</i>	84.4	22.6
Вінницька	84.02	23.69
Волинська	81.14	35.94
Дніпропетровська	80.24	24.69
Донецька	58.12	18.08
Житомирська	90.49	29.70
Закарпатська	99.28	17.65
Запорізька	59.47	31.53
Івано-Франківська	96.01	36.19
Київська	90.54	44.31
Кіровоградська	97.37	9.15
Луганська	54.60	43.42
Львівська	97.43	15.94
Миколаївська	97.56	4.35
Одеська	87.53	17.36
Полтавська	96.38	46.71
Рівненська	89.53	19.33
Сумська	98.34	6.03
Тернопільська	91.65	36.03
Харківська	65.20	29.26
Херсонська	95.24	4.86
Хмельницька	85.85	18.03
Черкаська	94.33	19.52
Чернівецька	86.54	28.92
Чернігівська	87.28	8.90
м. Київ	94.07	10.77
ТИП ПОСЕЛЕННЯ		
Міське	82.41	22.80
Сільське	88.86	21.96
СТАТЬ		
Чоловік	84.13	21.37
Жінка	84.65	23.52
ВІКОВА ГРУПА		
18–29 років	88.60	27.49
30–44 роки	86.54	23.26
45–59 років	84.32	21.28
60 років і більше	78.75	19.50

Ще більші регіональні відмінності було зареєстровано щодо думки громадян про те, чи вже відбувається реформа. У середньому 22,6% опитаних громадян зазначили, що реформа вже відбувається. У Київській, Луганській і Полтавській областях понад 40% опитаних ствердно відповіли на це запитання, тоді як менше 10% респондентів у Миколаївській, Кіровоградській, Сумській, Херсонській, Чернігівській областях вважали, що реформа почалась.

Серед опитаних найвища підтримка потреби в реформі в тих, у кого є базова або повна вища освіта (відповідно 72,8% та 78,4%). Цікаво, що респонденти з нижчими доходами менше підтримують потребу у проведенні реформи, ніж багатші. Можливо, це пояснюється як імовірними більшими пересторогами внаслідок побоювання потреби більше сплачувати за медичну допомогу, так і вірогідними меншими знаннями щодо сутності реформи і змін. У середньому респонденти з вищими доходами найчастіше також вважали, що реформа вже відбувається.

Одним із компонентів реформи охорони здоров'я у 2017 році стала програма «Доступні ліки». У нашому дослідженні ми попросили оцінити опитаних цю програму, яку запровадили з квітня 2017 року. 8% опитаних мали досвід участі в цій програмі й більшість (74%) оцінює програму позитивно. Низький відсоток участі можна пояснити тим, що дане дослідження проводилося в травні–червні 2017 року, коли програма лише розпочалась, тому рівень залученості, найвірогідніше, збільшився протягом року. У Харківській, Дніпропетровській та Вінницькій областях у програмі «Доступні ліки» взяла участь найбільша частка опитаних (11–13%). Відмінність у рівні участі в програмі може бути пов'язана з активністю регіональних органів влади.

Основним результатом реформи охорони здоров'я опитані передусім хочуть бачити правильне діагностування та призначення лікування: 47,2% респондентів зазначили саме цей результат як перший вибір і 18,1% — як другий (*рис 7.3*). Також респонденти хотіли б, аби внаслідок впровадження реформи знизилась витрати пацієнта на медичну допомогу та ліки (сукупна частка відповідей відповідно 41,6% і 37,8% опитаних).

У розрізі доходів домогосподарств правильне діагностування та призначення лікування було пріоритетом для всіх респондентів. Бідніші респонденти частіше за інших хотіли б бачити результатом реформи зменшення витрат на медичну допомогу та ліки. Домогосподарства із середніми доходами частіше за інші вболівали за збільшення заробітної плати медичного персоналу.

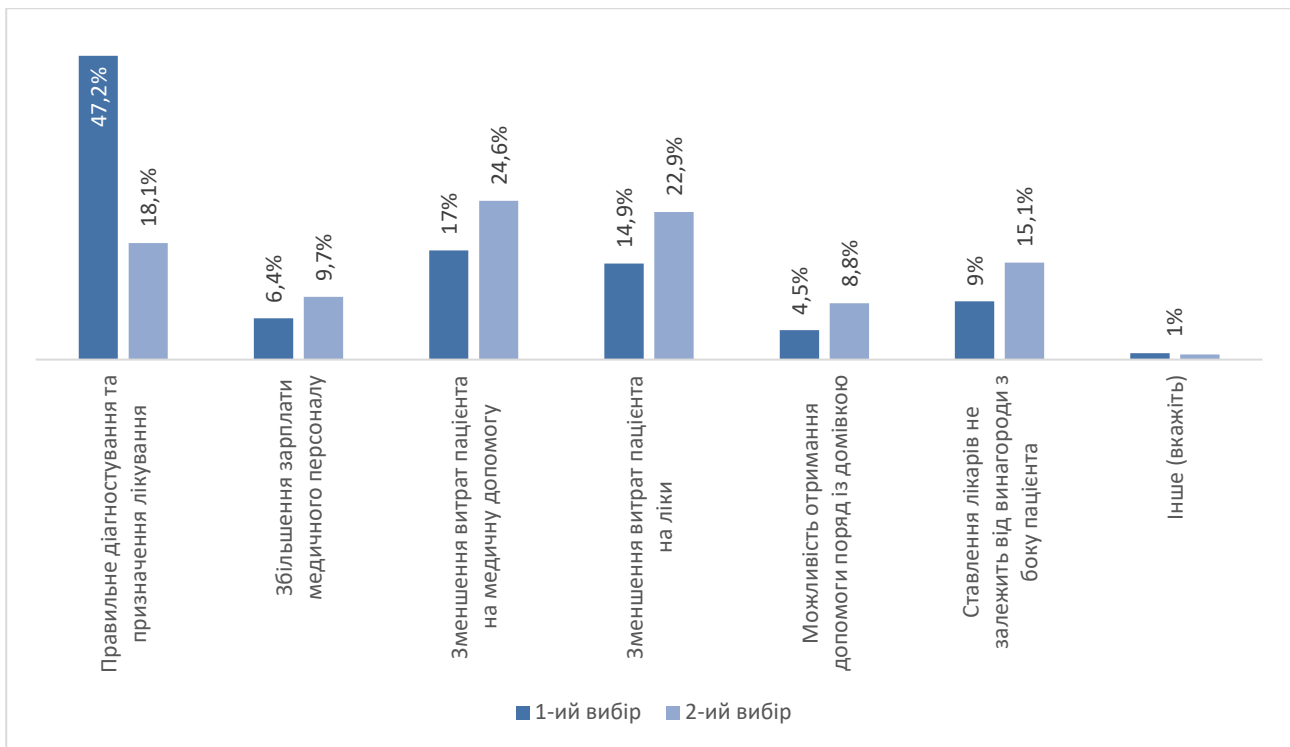


Рис. 7.3. Що б Ви хотіли бачити в результаті реформи системи охорони здоров'я?

Таблиця 7.4. Що б Ви хотіли бачити в результаті реформи системи охорони здоров'я? (перший вибір)

РЕГІОН	Правильне діагностування та призначення лікування	Збільшення зарплати медичного персоналу	Зменшення витрат пацієнта на медичну допомогу	Зменшення витрат пацієнта на ліки	Можливість отримання допомоги поряд із домівкою	Ставлення лікарів не залежить від винагороди з боку пацієнта
УКРАЇНА	47.2	6.4	17.0	14.9	4.5	9.0
Вінницька	50.31	3.66	17.68	15.20	5.25	6.26
Волинська	29.99	11.46	11.44	13.71	13.78	6.62
Дніпропетровська	51.60	10.64	11.85	11.20	4.34	7.68
Донецька	43.02	5.96	22.22	13.19	2.97	10.11
Житомирська	42.18	2.83	25.40	18.34	3.20	7.77
Закарпатська	47.22	11.43	13.18	9.91	3.00	13.82
Запорізька	42.78	7.38	21.11	12.52	4.67	8.90
Івано-Франківська	46.60	8.15	17.98	14.59	1.76	8.66
Київська	63.07	2.58	9.39	15.72	3.34	3.42
Кіровоградська	64.80	0.52	12.10	6.01	2.96	12.47
Луганська	55.43	1.22	15.95	12.25	8.96	2.81
Львівська	56.63	6.72	11.69	12.54	4.07	7.55
Миколаївська	62.40	1.37	9.68	12.26	2.11	9.87
Одеська	48.98	3.40	15.68	14.28	3.97	11.93
Полтавська	26.80	6.18	29.14	33.15	1.24	2.36
Рівненська	46.34	6.61	15.26	18.43	4.44	6.50
Сумська	31.10	2.78	18.81	33.51	3.24	8.54
Тернопільська	46.33	7.73	12.96	19.19	2.85	8.96
Харківська	34.56	11.02	21.62	18.93	7.50	3.26

	Правильне діагностування та призначення лікування	Збільшення зарплати медичного персоналу	Зменшення витрат пацієнта на медичну допомогу	Зменшення витрат пацієнта на ліки	Можливість отримання допомоги поряд із домівкою	Ставлення лікарів не залежить від винагороди з боку пацієнта
Херсонська	46.65	3.95	13.90	14.42	2.09	14.48
Хмельницька	39.65	3.17	15.95	19.02	3.97	16.18
Черкаська	42.61	6.27	22.58	9.87	5.33	12.41
Чернівецька	35.69	15.68	21.73	12.35	4.78	6.49
Чернігівська	51.38	10.04	11.90	10.85	4.76	7.90
м. Київ	46.27	5.68	13.64	8.83	5.39	18.06
ТИП МІСЦЕВОСТІ						
міська	48.30	6.62	16.17	13.60	3.39	9.16
сільська	42.42	5.61	17.85	17.11	6.89	8.30
СТАТЬ						
Чоловік	46.39	6.51	15.99	14.54	4.47	9.09
Жінка	46.53	6.14	17.28	14.81	4.49	8.72
ВІКОВА ГРУПА						
18–29 років	49.60	8.57	14.98	11.79	3.46	9.32
30–44 роки	49.47	6.93	14.12	12.51	4.43	10.14
45–59 років	47.07	5.89	17.41	13.92	4.80	8.73
60 років і більше	40.49	4.41	19.94	19.81	4.97	7.43

Правильне діагностування та призначення лікування було основним побажанням громадян до результатів реформи в більшості областей України (*табл. 7.4*). Водночас у Сумській та Полтавській областях передусім бажаним результатом було зазначено «зменшення витрат пацієнта на ліки». Зменшення витрат пацієнта на медичну допомогу було важливим для майже 30% опитаних у Полтавській області.

Суттєвої відмінності не спостерігалось у відповідях у розрізі типу поселення, статі та вікової групи. Однак жителі сіл і літні особи частіше за інших хотіли б бачити результатом реформи здешевлення медичної допомоги та ліків.

Водночас очікування респондентів від реформи, яку наразі впроваджує уряд, дещо різняться від побажань, які пацієнти мали в 2017 році. Так, 12% опитаних вважають, що в результаті поточної реформи нічого не зміниться. Якщо аналізувати перший вибір респондентів щодо можливого впливу реформи, то майже 50% населення вважають, що наслідки будуть позитивними: ліпше обладнання, наявність ліків у медичних закладах, відсутність потреби оплачувати медичну допомогу «з кишені» (*табл. 7.4*). Разом з тим досить великий відсоток опитаних (38% серед першого вибору) вважає, що наслідки реформи будуть негативними: передусім респонденти побоюються гіршої доступності (як територіальної, так і фінансової) медичної допомоги. Ризики в упровадженні реформи вбачають і ті опитані, чий

основні очікування є позитивними: так, другий вибір відповіді щодо очікуваних результатів був пов'язаний із погіршенням ситуації.

Очікування респондентів суттєво відрізняються між областями. Пацієнти більшості областей налаштовані позитивно на те, якими будуть результати реформи. Водночас у Київській, Вінницькій, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській та Полтавській областях передусім переважають негативні очікування. Суттєва частка респондентів Сумської області (майже 30%) вважає, що в результаті реформи нічого не зміниться. Відмінність у відповідях, можливо, пов'язана із початковими відмінностями у стані системи охорони здоров'я в регіонах і попередньому досвіді реформ. Регіональні ЗМІ також по-різному подають інформацію про реформи. Крім того, вже у 2017 році часто будь-які негаразди в системі охорони здоров'я пацієнти вже однозначно пов'язували із реформою, хоча насправді реформу ще не почали. На тлі слабкої довіри до влади громадяни схильні довіряти іншим групам зацікавлених осіб, ніж саме очільникам, зокрема, Міністерства охорони здоров'я, а саме представникам ЗМІ та опозиції.

Як і в 2016 році, анкета 2017 року містила питання про те, від кого найбільшою мірою залежить покращення функціонування медичних закладів. Респонденти найчастіше вважають, що за покращення відповідає Міністр охорони здоров'я: 69,8% опитаних (*табл. 7.5*). Також, на думку опитаних, поліпшення суттєво залежить від роботи головного лікаря медичного закладу (40,5%), а також від Президента та Прем'єр-міністра. Значно меншою, на думку опитаних, є роль місцевої влади, що, ймовірно, зміниться в наступні роки: реформа передбачає активнішу роль місцевих органів влади після впровадження змін.

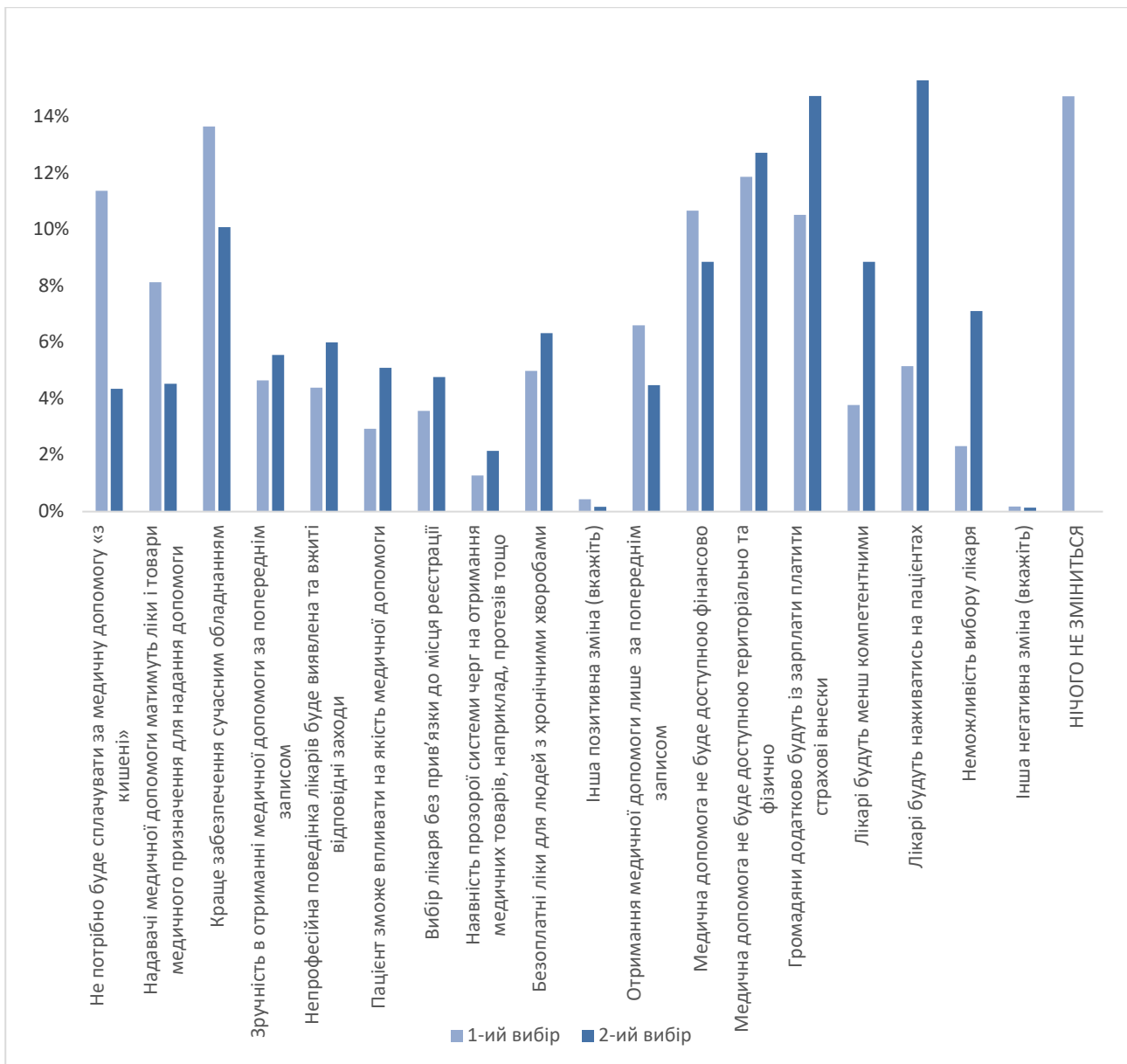


Рис. 7.4. Як Ви вважаєте, що саме зміниться в результаті цієї реформи, яку наразі впроваджують уряд і місцеві органи самоврядування

Ми не спостерігаємо значних відмінностей у частках відповідей щодо ролі міністра, Президента тощо в розрізі вікових груп та статі респондентів, а також типу місцевості, де вони проживають. Водночас існують суттєві регіональні відмінності. Так, понад 80% респондентів зі Львівської, Миколаївської та Сумської областей вважають, що міністр охорони здоров'я має великий вплив на розвиток медицини, тоді як такої думки дотримується менше половини опитаних у Вінницькій, Волинській та Тернопільській областях. У Миколаївській області респонденти взагалі більше вважають, що роль центральних органів влади є більшою, ніж місцевих, та водночас суттєвою вбачають роль і самих лікарів. Важливу роль лікарів вбачають близько третини опитаних у Київській, Запорізькій, Одеській, Полтавській та Рівненській областях, тоді як такої думки дотримуються менше 10% респондентів у м. Києві, Сумській та Херсонській областях.

Таблиця 7.5. Від кого залежить покращення функціонування медичного закладу?

	Президент	Прем'єр-міністр	Міністр охорони здоров'я	Голова обласної державної адміністрації (губернатор)	Мер міста або сільський голова	Голова районної адміністрації	Головний лікар (керівник) закладу охорони здоров'я	Лікарі
<i>Україна</i>	<i>37.4</i>	<i>35.0</i>	<i>69.8</i>	<i>10.5</i>	<i>16.5</i>	<i>7.5</i>	<i>40.5</i>	<i>20.0</i>
ОБЛАСТЬ								
Вінницька	27.3	27.0	48.6	11.7	21.0	9.1	36.6	26.0
Волинська	11.1	29.4	48.8	4.5	7.2	1.4	28.0	22.9
Дніпропетровська	28.5	21.5	64.3	8.0	19.5	6.1	36.3	15.9
Донецька	22.4	20.4	85.3	15.5	19.7	2.2	41.3	16.5
Житомирська	30.4	32.4	61.3	7.9	6.0	5.1	37.0	21.5
Закарпатська	42.8	41.5	71.5	11.8	22.1	12.1	38.9	12.1
Запорізька	42.5	43.1	75.1	17.8	13.6	5.9	23.7	29.1
Івано-Франківська	23.7	24.8	67.6	8.3	20.7	8.7	60.1	18.9
Київська	49.5	45.7	63.6	20.5	32.6	21.9	70.5	32.0
Кіровоградська	59.6	68.5	79.7	9.9	8.1	9.7	28.5	19.6
Луганська	19.8	37.8	68.7	15.5	21.6	5.1	43.9	16.9
Львівська	45.4	30.3	85.9	11.0	7.9	4.3	40.1	19.3
Миколаївська	64.9	63.8	91.4	9.3	11.4	17.2	46.7	44.7
Одеська	30.3	31.4	71.1	7.6	18.1	14.6	71.2	36.3
Полтавська	55.5	39.8	68.5	11.5	18.7	15.9	42.8	36.4
Рівненська	40.0	43.0	72.7	13.5	12.2	12.6	46.5	28.9
Сумська	19.9	25.5	86.1	4.0	4.0	1.7	7.7	4.1
Тернопільська	18.4	14.7	47.0	7.0	11.1	14.0	37.4	24.8
Харківська	76.9	42.4	55.9	2.0	19.1	3.1	31.3	10.9
Херсонська	46.7	57.5	78.4	2.9	5.5	2.7	21.7	7.6
Хмельницька	30.1	15.2	54.8	6.9	7.6	3.4	23.2	19.0
Черкаська	41.8	29.3	59.7	6.9	13.4	6.3	33.0	11.7
Чернівецька	48.5	20.1	73.9	7.7	13.6	5.2	27.4	15.9
Чернігівська	26.9	35.4	59.1	7.1	19.5	6.4	39.0	15.4
м. Київ	39.9	59.1	75.3	15.6	22.1	6.0	50.6	8.5
ТИП МІСЦЕВОСТІ								
міська	36.1	34.9	70.5	10.3	18.1	6.6	41.8	19.8
сільська	40.3	35.4	68.1	10.9	12.9	9.4	37.6	20.4
СТАТЬ								
Чоловік	39.0	36.7	69.4	10.3	17.5	7.5	38.8	19.7
Жінка	36.1	33.7	70.1	10.6	15.6	7.5	41.8	20.3
ВІКОВА ГРУПА								
18–29 років	34.4	30.3	69.8	9.3	15.7	7.6	40.6	20.5
30–44 роки	37.9	35.5	68.7	11.0	17.1	8.2	41.9	22.1
45–59 років	37.4	36.7	71.0	11.6	17.1	7.5	40.6	18.7
60 років і більше	39.1	36.4	69.8	9.8	15.7	6.7	61.3	18.7

Частка опитаних, які вважали, що реформа охорони здоров'я вже відбувається у 2017 році, зросла до 23% порівняно з 15% у 2016 році. Це може означати, як і справді кроки в напрямі реформи, так і те, що різні зміни в медичних закладах респонденти пов'язували саме з початком реформи.

Водночас знизилась частка тих, хто вважає реформу потрібною: з 93% у 2016 році до 84% у 2017 році. На тому самому рівні оцінюється потреба в реформі у Вінницькій області (84%), Львівській (98% в 2016 р. та 99% в 2017 р.), Миколаївській (97% в 2017 році), Полтавській, Сумській та Черкаській областях. У Тернопільській області значення з 60% у 2016 році збільшилося до 92% у 2017 році. Зниження сприйняття потреби в реформі може бути пояснене тим, що ми вже бачимо перші кроки втілення змін у системі охорони здоров'я. Однак, з іншого боку, має місце суттєва критика реформи протягом усього року, та й у ЗМІ звучить багато критики, вигадано багато міфів⁸⁹. На тлі браку чіткої інформації про реформу, її компоненти і наслідки населення остерігається будь-яких змін.

Пряме порівняння очікувань від реформ між 2016 та 2017 роками є складним, оскільки було дещо змінено запитання (щодо розуміння змісту реформи). Разом з тим можна стверджувати, що протягом обох років проведення дослідження найбільш важливим очікуваним результатом реформи респонденти вбачають поліпшення якості медичної допомоги та зниження вартості її отримання.

У 2017 році, як і у 2016, респонденти вбачають роль міністра охорони здоров'я найважливішою у поліпшенні функціонування медичних закладів. Водночас, на думку респондентів, дещо зросла роль Президента (з 33,2% до 37,4%) та місцевих органів влади (з 32,3% до 34,5%).

Крім того, проводяться й інші дослідження, як-от соціологічна група Рейтинг⁹⁰ опитує населення щодо сприйняття медичної сфери в Україні, частина запитань яких стосується саме ставлення до реформи охорони здоров'я. У грудні 2017 року опитування показало, що 86% респондентів добре обізнані з упровадженням медичної реформи⁹¹. Опитування, які проводив Рейтинг протягом усього 2017 року, показувало, що населення підтримує кроки уряду в рамках програми «Доступні ліки», що схоже з результатами «Індексу здоров'я». Також опитувані підтримували ряд інших кроків реформи, зокрема щодо «гроші мають іти за пацієнтом». Утім опитування Рейтингу свідчать, що немає повного розуміння всіх змін, що, можливо, пояснює різницю в підтримці потреби проводити реформу, яку було виявлено в опитуванні в рамках «Індексу здоров'я».

⁸⁹ VoxCheck в Україні неодноразово перевіряв цитати політиків щодо медичної реформи. Дуже частим вердиктом таких цитат є «неправда» або «маніпуляція»: <https://voxukraine.org/uk/voxcheck/>.

⁹⁰ <http://ratinggroup.ua/>.

⁹¹ http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka_medichinskoj_sfery_v_ukraine_dekabr_2017.html.

Опитування Центру економічної стратегії (ЦЕС)⁹² показало, що про реформу знають і підтримують 31% опитаних, а знають і не підтримують 30% респондентів, що дещо менше, ніж за опитуванням Рейтингу. При цьому поінформованість респондентів та підтримка реформи суттєво залежать від різних її елементів. У цілому більше підтримують ті чинники, які передусім сприятимуть більшій доступності якісної медичної допомоги та зниженню витрат на медичну допомогу. Це також виявлено в рамках «Індексу здоров'я».

⁹² http://ces.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/report_critical_thinking_ukr-FINAL-for-web.pdf.

ДОДАТОК А.

Інструмент дослідження

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

РОЗДІЛ А. Задоволеність системою та медициною

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

Варіанти відповіді:

- Цілком задоволений
- Скоріше задоволений
- Скоріше незадоволений
- Зовсім не задоволений
- ВС
- ВД

Картка А1:

- Дільничними терапевтами / сімейними лікарями
- Педіатрами
- Стоматологами
- Вузькими спеціалістами в поліклініці
- Швидкою медичною допомогою
- У стаціонарі
- У пологових будинках

A2. Чи мали Ви особистий контакт із представниками таких складових системи охорони здоров'я протягом останніх 5 років, незалежно від того, зверталися Ви по допомогу для себе особисто чи для когось іншого? Картка А1

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

A3. На Вашу думку, які основні проблеми в системі охорони здоров'я? Назвіть до трьох проблем починаючи з найважливішої. КАРТКА А3. ОДНА ВІДПОВІДЬ У КОЖНОМУ СТОВПЧИКУ (1-ий вибір; 2-ий вибір; 3-й вибір)

КАРТКА А3:

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

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

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні

A4. Як би Ви оцінили зміни в таких аспектах медичної допомоги загалом за останні 12 місяців?

Варіанти відповіді:

- Покращилася
- Не змінилася
- Погіршилася
- ВС
- ВД

1. За останні 12 місяців, на Вашу думку, покращились, погіршились чи залишились без змін такі аспекти медичної допомоги, які надаються сімейним лікарем або дільничним терапевтом чи педіатром (тобто в амбулаторії загальної практики — сімейної медицини або центрі первинної медико-санітарної допомоги):

- Якість медичної допомоги
- Фінансова доступність
- Територіальна доступність

2. За останні 12 місяців, на Вашу думку, покращились, погіршились чи залишились без змін такі аспекти медичної допомоги, які надаються вузькими спеціалістами в поліклініці (тобто в консультативно-діагностичних центрах):

- Якість медичної допомоги
- Фінансова доступність
- Територіальна доступність

3. За останні 12 місяців, на Вашу думку, покращились, погіршились чи залишились без змін такі аспекти медичної допомоги, які надаються в лікарнях (стаціонарах):

- Якість медичної допомоги
- Фінансова доступність
- Територіальна доступність

A5. ІНТЕРВ'ЮЕРЕ! ВІДПОВІДІ НА ЗАПИТАННЯ A5-A7 ВІДМІЧАЙТЕ У ВІДПОВІДНИХ СТОВПЧИКАХ ТАБЛИЦІ НИЖЧЕ. ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКУ A5. ЗАПИТУЙТЕ ПО СТОВПЧИКАХ.

Говорячи про роботу поліклініки чи амбулаторії, назвіть, будь ласка, ті характеристики їх роботи, в яких Ви помітили покращення за останні 12 місяців. А в яких Ви бачите погіршення? **МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ**

А6. Тепер подумайте про стаціонарну медичну допомогу. Назвіть ті характеристики її роботи, в яких Ви помітили покращення за останні 12 місяців. А в яких Ви бачите погіршення? **МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ**

А7. Якби у Вас були повноваження покращити одну характеристику в поліклініці чи амбулаторії, що б це було? **ОДНА ВІДПОВІДЬ**

Амбулаторна / Стаціонарна / Покращити 1 рік

Варіанти відповіді:

- Покращилася
- Погіршилася

- Тривалість очікування лікаря
- Професіоналізм лікарів
- Стан приміщення закладу
- Ставлення до пацієнтів з боку лікарів
- Конфіденційність особистих даних
- Наявність необхідних ліків
- Вартість лікування, включаючи консультацію, аналізи та ліки
- Можливість вибору лікаря
- Система запису на прийом
- Графік прийому лікаря
- Ефективність лікування
- Інше (вказіть) _____
- ТАКИХ НЕМАЄ
- ВС
- ВД

А8. На Вашу думку, від кого більшою мірою залежить покращення функціонування медичних закладів? **КАРТКА А8. МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ**

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

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

А9. На Вашу думку, чи потрібна взагалі реформа охорони здоров'я?

А10. Як Ви думаєте, чи відбувається реформа охорони здоров'я?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

A11. Що б Ви хотіли бачити в результаті реформи системи охорони здоров'я? Можете обрати дві відповіді починаючи з найважливішої. КАРТКА A11. ОДНА ВІДПОВІДЬ У КОЖНОМУ СТОВПЧИКУ (1-й вибір; 2-й вибір)

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

A12. Як Ви вважаєте, що саме зміниться в результаті цієї реформи, яку наразі впроваджує уряд і місцеві органи самоврядування? Можете обрати дві відповіді починаючи з найважливішої. КАРТКА A12. ОДНА ВІДПОВІДЬ У КОЖНОМУ СТОВПЧИКУ (1-й вибір; 2-й вибір)

СИТУАЦІЯ ПОКРАЩИТЬСЯ, А САМЕ:

- Не потрібно буде сплачувати за медичну допомогу «з кишені»
- Надавачі медичної допомоги матимуть ліки і товари медичного призначення для надання допомоги
- Краще забезпечення сучасним обладнанням
- Зручність в отриманні медичної допомоги за попереднім записом
- Непрофесійна поведінка лікарів буде виявлена та вжиті відповідні заходи
- Пацієнт зможе впливати на якість медичної допомоги
- Вибір лікаря без прив'язки до місця реєстрації
- Наявність прозорої системи черг на отримання медичних товарів, наприклад протезів тощо
- Безоплатні ліки для людей з хронічними хворобами
- Інша позитивна зміна (вказіть) _____

СИТУАЦІЯ ПОГІРШИТЬСЯ, А САМЕ:

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

A13. Що для Вас означає якість медичної допомоги як для пацієнта чи родича пацієнта? Можете обрати дві відповіді починаючи з найважливішої. КАРТКА A13. ОДНА ВІДПОВІДЬ У КОЖНОМУ СТОВПЧИКУ (1-й вибір; 2-й вибір)

- Результативність лікування (встановлення правильного діагнозу, адекватне лікування)
- Чемність лікарів у спілкуванні з пацієнтами та їхніми родинами
- Безкоштовні ліки
- Зрозумілість лікарських пояснень пацієнтам
- Задовільний санітарно-гігієнічний стан медичного закладу
- Забезпечення медичним персоналом гігієни огляду та процедур, наприклад миття рук перед оглядом
- Наявність сучасного обладнання
- Кваліфікований медичний персонал, який використовує сучасні та безпечні методи лікування
- Повага, співчуття та довіра до пацієнта
- Можливість для членів родини перебувати поряд із хворим
- Можливість для пацієнта впливати на якість наданої допомоги
- Інше (вказіть) _____
- ВС
- ВД

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

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

- Кашель, що триває понад три тижні
- Біль у грудях
- Виділення мокротиння або кровохаркання
- Слабкість, знесиленість
- Блідість
- Задишка
- Втрата ваги, виснаження
- Відсутність апетиту
- Озноб
- Сонливість
- Температура
- Нічна пітливість
- НЕПРАВИЛЬНА ВІДПОВІДЬ
- ВД
- ВС

A15. Які, на Вашу думку, симптоми інсульту?

МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ. НЕ ЗАЧИТУЙТЕ ВАРІАНТИ, СПОНТАННА ВІДПОВІДЬ

- Раптове оніміння або втрата рухливості обличчя, руки або ноги, особливо на одній стороні тіла
- Труднощі артикуляції або сприйняття мови, тексту, які з'явилися несподівано
- Різде погіршення зору одного або обох очей
- Раптове порушення координації рухів, хиткість ходи, запаморочення, непритомність
- Раптовий різкий і незрозумілий головний біль
- НЕПРАВИЛЬНА ВІДПОВІДЬ
- ВС
- ВД

A16. Які, на Вашу думку, симптоми інфаркту?

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

- Сильний біль за грудиною пекучого та стискаючого характеру, який проводиться в ліву руку, нижню щелепу і плече
- Тиск, неприємні відчуття в ділянці центру грудної клітки, відчуття переповнення в ній
- Стискувальний біль у лівій або центральній частині грудної клітки, що триває понад 20 хвилин
- Відчуття нестачі повітря, холодний піт, загальне відчуття дискомфорту і нездужання, запаморочення, переднепритомний стан або непритомність
- Ломота в руках
- Сильне відчуття тривоги, нервозність, страх смерті
- Збільшена частота серцевих скорочень або нерегулярний пульс
- Нудота
- НЕПРАВИЛЬНА ВІДПОВІДЬ
- ВС
- ВД

A17. Які, на Вашу думку, симптоми діабету?

МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ. НЕ ЗАЧИТУЙТЕ ВАРІАНТИ, СПОНТАННА ВІДПОВІДЬ

- Підвищений апетит і тяга до солодкого
- Хронічна втома, сонливість
- Надлишкова вага
- Підвищена спрага, сухість у роті, часте сечовиділення (частіше 5 разів на добу)
- Швидка втрата ваги за короткий проміжок часу
- Шкірний свербіж, гіперпигментація, огрубіння шкіри
- Повільне загоєння ран
- Грибкові інфекції
- Нечіткість зору
- Оніміння, печіння в кистях і стопах, набряклість нижніх кінцівок
- НЕПРАВИЛЬНА ВІДПОВІДЬ
- ВС
- ВД

ЧАСТИНА В. ДОСВІД У РАЗІ ПОГАНОВОГО САМОПОЧУТТЯ

РОЗДІЛ В1. Досвід у разі хвороби

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

В1.1. За останні 12 місяців Ви проходили медичний огляд (планову перевірку):

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

- У стоматолога?
- ЗАПИТУВАТИ ЛИШЕ ЧОЛОВІКІВ: Уролога?
- ЗАПИТУВАТИ ЛИШЕ ЖІНОК: Гінеколога?
- ЗАПИТУВАТИ ЛИШЕ ЖІНОК: Мазок на цитологічне дослідження?
- ЗАПИТУВАТИ ЛИШЕ ЖІНОК: Мамографію?
- Флюорографію?
- Кардіограму з профілактичною метою?

В1.2. Чи мали Ви досвід отримання ліків за програмою «Доступні ліки»?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

В1.3. Як Ви оцінюєте цю програму? КАРТКА В1.3

- Дуже позитивно
- Скоріше позитивно
- Скоріше негативно
- Дуже негативно

В1.4. Коли Ви востаннє вимірювали свій тиск?

- В останні 6 місяців
- 6–12 місяців тому
- Більше 1 року тому
- Ніколи

V1.5. Який у Вас зазвичай тиск? _____ / _____ мм рт. ст. ВС...98 ВД...99

V1.6. Як Ви вважаєте, Ваш тиск зазвичай:

- Нормальний
- Високий
- Низький

V1.7. Чи говорив Вам коли-небудь лікар про те, що у Вас високий тиск?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

V1.8. Чи отримували Ви рекомендації від лікаря щодо лікування високого тиску, включаючи як лікування ліками, так і рекомендації щодо здорового способу життя?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

V1.9. Чи змогли Ви досягнути стабілізації тиску в межах 140/90 у результаті рекомендованого лікування?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- Частково, приймаю ліки лише в разі суттєвого підвищення тиску
- ВС
- ВД

V1.10. Навіть якщо Ви не звертались до лікаря з цього приводу, чи рекомендував Вам коли-небудь лікар щось із такого? КАРТКА V1.10. МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

V1.11. Чого з наведеного Ви дотримувалися протягом останніх 14 днів? КАРТКА V1.10. МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

- Прийом ліків від високого тиску, таких як Еналаприл, Амлодипін, Індапамід, Бісопролол, Престаріум тощо
- Прийом ліків від холестерину, таких як Сімвастатін, Аторіс, Роксера тощо
- Прийом ліків для розріджування крові, таких як Аспірин, Магнікор, Кардіомагніл, Клопідогрель (Тромбонет), Варфарин тощо
- Зниження рівня споживання солі
- Контроль ваги або схуднення
- Припинення куріння або зменшення кількості сигарет, які викурюються
- Відмова від алкоголю або зменшення об'єму його вживання
- Збільшення фізичної активності
- Інше (вказіть) _____
- НІЧОГО

- ВС
- ВД

В1.12. Що Ви, як правило, робите в першу чергу, коли захворіли? Подумайте про ті хвороби, що заважали Вам працювати або займатися повсякденними справами у звичному режимі, принаймні упродовж 7 днів. КАРТКА В1.12. ОДНА ВІДПОВІДЬ

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

Варіанти відповіді:

- Часто
- Рідко
- Ніколи
- ВС
- ВД

В.1.13. Упродовж останніх 3-х років як часто Ви приймали ліки на основі рекомендацій родичів або знайомих, які не є медичними працівниками, чи порад в Інтернеті або на телебаченні, якщо знаходили схожі симптоми в себе?

В.1.14. Упродовж останніх 3-х років як часто Ви приймали самі або давали дітям антибіотики без призначення лікаря?

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

МІСЯЦЬ: ____ РІК: 201__ ВС...98 ВД...99

ТАКИХ ВИПАДКІВ НЕ БУЛО.... 0 ПЕРЕХОДЬТЕ ДО РОЗДІЛУ В2 (С. 9)

В1.16. Чи зверталися Ви у разі Вашої останньої хвороби чи травми по медичну допомогу до лікаря, фельдшера?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

В1.17. Чому Ви не звернулися до лікаря? Назвіть не більше трьох причин. КАРТКА В1.17

- Занадто дорого (послуги, ліки, транспорт) 1
- Не довіряю медичному персоналу, їхній кваліфікації 2
- Погане ставлення персоналу, грубість, хамство 3
- Великі черги в лікарнях 4
- Транспортного сполучення немає 5
- Знаю, як лікувати, з попереднього досвіду 6
- Не знаю, до кого звернутися 7
- Очікував, що хвороба пройде сама, не сильно турбувала 8 ВС...10
- Інше (вказіть) _____ 9 ВД...11

V1.18. Скільки Ви заплатили за ліки, які приймали під час лікування цього останнього випадку захворювання чи травми?

_____ гривень ВС...98 ВД...99

РОЗДІЛ В2. Досвід послуговування амбулаторною медичною допомогою

V2.1. Зараз ми поговоримо про амбулаторну медичну допомогу.

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

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

_____ разів ВС...98 ВД...99

ЯКЩО 0 РАЗІВ, ПЕРЕХОДЬТЕ ДО В2.18 (С. 11)

V2.2. Наступні кілька запитань стосуються Вашого останнього візиту до лікаря. Який Вам був встановлений діагноз? КАРТКА В2.2.

ЗАПИШІТЬ _____ КОД ВС...998 ВД...999

ДІАГНОЗ НЕ БУВ ВСТАНОВЛЕНИЙ...0

V2.3. Це був лікар загальної практики (терапевт, сімейний лікар) чи «вузький» спеціаліст у конкретній галузі медицини? КАРТКА В2.3. ОДНА ВІДПОВІДЬ

- Лікар загальної практики — сімейний лікар
- Дільничний терапевт
- Вузький спеціаліст(вказіть) _____
- Ваш особистий лікар (за домовленістю)
- ВС
- ВД

V2.4. Чи мали Ви направлення до цього спеціаліста від сімейного / дільничного лікаря?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

В2.5. Де Вас приймав цей лікар? КАРТКА В2.5. ОДНА ВІДПОВІДЬ

- Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП)
- Амбулаторія сімейної медицини
- Центр первинної медико-санітарної допомоги
- Міська/ районна/ відомча поліклініка
- Міська/ районна/ відомчалікарня
- Приватна клініка / практика
- Виклик лікаря додому
- Інше (вказіть) _____

В2.6. Чи це був заклад та лікар, до якого Ви прикріплені?

- Прикріплений до цього закладу і лікаря
- Прикріплений до цього закладу, але обрав іншого лікаря
- Не прикріплений до цього закладу

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

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

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

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

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

Від Вас якимось чином вимагали такої оплати чи принаймні натякали?

В2.8. Заплатили В2.9. Вимагали

- Сплатити на рахунок благодійного фонду або іншої організації?
- Сплатити в касі згідно з офіційними правилами або офіційними цінами медичного закладу?

- НЕ ВРАХОВУЙТЕ РЕГУЛЯРНИХ ПЛАТЕЖІВ ДО СПІЛЬНОЇ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ
- Сплатити «в конверті» з рук у руки або подарувати подарунок лікарю чи іншому медичному персоналу?
- ЯКЩО ДАРУВАВ ПОДАРУНОК, ПОПРОСИТЬ ОЦІНИТИ ЙОГО ВАРТІСТЬ
- Заплатити окремо за товари медичного призначення — рукавички, шприци, рентгенівську плівку чи інші витратні матеріали?

B2.10. Скільки найменувань ліків Вам призначив лікар під час останнього звернення?

_____ найменувань ВС...98 ВД...99

ЯКЩО ЖОДНИХ (0), ПЕРЕХОДЬТЕ ДО B2.18

B2.11. Чи Вам виписали рецепт, без якого неможливо придбати ліки або отримати відшкодування?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

B2.12. Ви придбали всі ліки, які були призначені?

Варіанти відповіді:

- Всі
- Майже всі
- Ні
- ВС
- ВД

B2.13. Чому Ви придбали не всі ліки? **МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ**

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

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

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

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

B2.16. Скільки Ви сплатили за ці ліки? _____ гривень ВС...98 ВД...99

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

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

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

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

V2.19. Ви здавали/ проходили їх у державному (комунальному) чи приватному закладі?

V2.20. Скільки Ви заплатили за ці аналізи / діагностику?

V2.21. Чи Вам і Вашій родині було складно знайти кошти для того, щоб покрити всі ці витрати (формальні і неформальні), пов'язані зі споживанням амбулаторної допомоги? КАРТКА V2.21

- Зовсім не складно
- Скоріше не складно
- Скоріше складно
- Дуже складно

V2.22. Скільки всього Ваше домогосподарство мало взяти чи позичити грошей у родичів, друзів, банку, за допомогою кредитної карти або продати коштовності, майно, щоб покрити ці витрати?

_____ гривень

ВС...98

ВД...99

V2.23. ЯКЩО РЕСПОНДЕНТ НЕ ЗВЕРТАВСЯ ПО АМБУЛАТОРНУ ДОПОМОГУ (V2.1=0, С. 9),
ПЕРЕХОДЬТЕ ДО V2.25

Скажіть, будь ласка, як Ви оцінюєте такі аспекти надання амбулаторної допомоги?

КАРТКА V2.23. ЗАЧИТАЙТЕ І ПОЗНАЧТЕ ВІДПОВІДЬ У КОЖНОМУ РЯДКУ ТАБЛИЦІ НИЖЧЕ

V2.24. А тепер подивіться на картку V2.24. Тут перелічені всі ті аспекти, які я Вам щойно зачитав (-ла). Будь ласка, скажіть, які з цих аспектів найважливіші для Вас. Ви можете обрати до трьох відповідей.

КАРТКА V2.24. НЕ БІЛЬШЕ ТРЬОХ ВІДПОВІДЕЙ У СТОВПЧИКУ V2.24

Дуже добре/ Добре/ Нормально/ Погано/ Дуже погано

- Результативність лікування
- Чемність лікарів у спілкуванні з пацієнтами та їхніми родинами
- Зрозумілість лікарських пояснень пацієнтам
- Наскільки територіально зручно розміщений медичний заклад, де працює Ваш лікар
- Умови, в яких надається медична допомога (наприклад, ремонт, чистота приміщень, у тому числі туалетів)
- Графік роботи
- Можливість безоплатно отримати необхідні діагностичні обстеження, лабораторні аналізи та лікувальні процедури
- Зрозуміла і прозора політика оплати за допомогу (в тому числі відсутність неформальних платежів)
- Забезпечення медичним персоналом гігієни огляду та процедур, наприклад, чи вони вдягають при Вас одноразові рукавички, миють руки перед оглядом, обробляють палички, трубочки?
- Наявність необхідного обладнання
- А як Ви в цілому оцінюєте надання амбулаторної медичної допомоги?

B2.25. Протягом останніх 12 місяців Вам доводилося через фінансові причини — брак коштів:

НЕ ВРАХОВУЙТЕ СТОМАТОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

- Відмовлятися від лікування через неможливість оплатити, покрити витрати
- Відкласти лікування
- Зменшити кількість препаратів
- Перервати (не закінчити) курс лікування

B2.26. За останні 12 місяців скільки разів Ви були хворі, але не відвідали лікаря взагалі через брак коштів?

___ разів

ВС...98

ВД...99

РОЗДІЛ В3. Досвід отримання стаціонарної медичної допомоги

В3.1. Скільки разів Ви були госпіталізовані протягом останніх 12 місяців, не враховуючи одноденного стаціонару, госпіталізації з дитиною, але включаючи госпіталізацію, пов'язану з вагітністю та пологами?

_____ разів ВС...98 ВД...99

ЯКЩО 0 РАЗІВ, ПЕРЕХОДЬТЕ ДО В3.26

В3.2. Ви сказали, що протягом останніх 12 місяців мали досвід госпіталізації. Скільки ночей всього за останній рік Ви провели в лікарні?

_____ ночей ВС...98 ВД...99

В3.3. Хто направив Вас на останню госпіталізацію:

- Власне рішення
- Швидка допомога
- Лікар — вкажіть спеціальність? _____
- Чи це була повторна планова/регулярна госпіталізація
- Інше (вкажіть) _____

В3.4. Яким був Ваш діагноз під час приймання на стаціонар? _____

В3.5. Куди Ви були госпіталізовані останнього разу? КАРТКА В3.5

- Міська чи районна лікарня / пологовий будинок 1
- Обласна лікарня / пологовий будинок 2
- Республіканська клініка / лікарня / пологовий будинок 3
- Відомча лікарня / пологовий будинок 4
- Приватна клініка / пологовий будинок 5 ВС...98
- Інше (вкажіть) _____ 6 ВД...99

В3.6. Чому Ви обрали саме цей заклад? Вкажіть не більше трьох причин.

КАРТКА В3.6. НЕ БІЛЬШЕ ТРЬОХ ВАРІАНТІВ ВІДПОВІДІ

- Направлення лікаря (не обираю); завжди там проходжу я чи члени моєї сім'ї стаціонарне лікування
- Будівля / заклад у хорошому стані
- Там є необхідне обладнання
- Розміщення
- Лікар завжди присутній
- Медичний персонал доброзичливий
- Ліки доступні
- Плата за обслуговування доступна чи дешева
- Час очікування госпіталізації короткий (наявність місць)
- Медичний персонал компетентний
- Це приватний заклад охорони здоров'я, де якість медичної допомоги краща, ніж у найближчих державних закладах охорони здоров'я

- Швидка допомога сюди привезла
- Направила страхова компанія
- Знайомий лікар / Порекомендували цього лікаря
- Інше (вказіть) ___

V3.7. Скільки ночей тривала Ваша остання госпіталізація? _____ ночей

V3.8. Чи була ця госпіталізація:

- Невідкладною (швидкою допомогою)
- Пов'язана з оперативним втручанням
- Пов'язана з вагітністю (не враховуючи пологи)
- Пов'язана з народженням дитини

V3.9. Скільки часу Вам довелося чекати в лікарні, перш ніж Вас оглянули лікарі стаціонару?

ЗАПИШІТЬ У ГОДИНАХ І ХВИЛИНАХ

_____ годин _____ хвилин

ВС...98

ВД...99

V3.10. Не враховуючи ліки, діагностичні та лабораторні дослідження, під час Вашої останньої госпіталізації скільки Вам (або Вашим рідним) довелось ...

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

V3.11. ДЛЯ КОЖНОГО З ПУНКТИВ 1 І 3, НЕЗАЛЕЖНО ВІД ТОГО, ПЛАТИВ РЕСПОНДЕНТ ЧИ НІ, ЗАПИТАЙТЕ:

Від Вас якимось чином вимагали такої оплати чи принаймні натякали?

V3.10. Заплатили V3.11. Вимагали

- Сплатити на рахунок благодійного фонду або іншої організації
- Сплатити в касі згідно з офіційними правилами або офіційними цінами медичного закладу
- Сплатити «в конверті» з рук у руки або подарувати подарунок лікарю чи іншому медичному персоналу? ЯКЩО ДАРУВАВ ПОДАРУНОК, ПОПРОСІТЬ ОЦНІТИ ЙОГО ВАРТІСТЬ
- Заплатити окремо за товари медичного призначення — рукавички, шприци, рентгенівську плівку чи інші витратні матеріали?

ЯКЩО ВСІ ВІДПОВІДІ У V3.10= 0 (ЖОДНИХ ВИТРАТ), ПЕРЕХОДЬТЕ ДО V3.13

V3.12. Чи передбачала ця оплата покращені умови перебування (наприклад, віп-палата)?

V3.13. ВІДПОВІДІ НА ЗАПИТАННЯ V3.13–V3.14 ЗАНОСЬТЕ ДО ТАБЛИЦІ НИЖЧЕ.

Чи проходили Ви яку-небудь діагностику або здавали аналізи під час цієї госпіталізації?

V3.14. Скільки Ви заплатили за ці аналізи та/або діагностику?

В3.13. Проходили/Здавали В3.14. Заплатили

- Аналізи
- Діагностика

В3.15. Скільки найменувань ліків Вам призначали під час останньої госпіталізації (курсу лікування)?

_____ найменувань ВС...98 ВД...99

ЯКЩО ЖОДНИХ (0), ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ІНСТРУКЦІЇ ПЕРЕД В3.22.

В3.16. Скільки з них Вам видали безоплатно в лікарні?

_____ найменувань ВС...98 ВД...99

ЯКЩО ВСІ ЛІКИ ВИДАЛИ В ЛІКАРНІ БЕЗКОШТОВНО (В3.16=В3.15),

ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ІНСТРУКЦІЇ ПЕРЕД В3.22

В3.17. Якщо Вам видали ліки в лікарні і треба було за них платити, то скільки Ви сплатили за ці ліки?

_____ гривень ВС...98 ВД...99

В3.18. Чи Ви придбали всі ліки, які були призначені (окрім тих, які були видані в лікарні)?

Варіанти відповіді:

- Ні
- Майже всі
- Всі
- ВС
- ВД

В3.19. Чому Ви придбали не всі ліки? **МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ**

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

В3.20. Скільки Ви сплатили за ліки, окрім тих, які Вам видали в лікарні?

_____ гривень ВС...98 ВД...99

В3.21. Яку частку вартості ліків Вам компенсувала / відшкодувала держава?

_____ % ВС...998 ВД...999

V3.22. Наскільки Вам і Вашій родині було складно знайти кошти для того, щоб покрити всі витрати (формальні і неформальні), пов'язані з цим стаціонарним лікуванням: неможливо, складно чи нескладно?

Неможливо / Складно / Нескладно / Не було витрат

- На послуги лікаря, операцію?
- На ліки?
- На діагностику та лабораторні тести?

V3.23. Скільки всього Ваше домогосподарство мало взяти чи позичити грошей у родичів, друзів, банку, за допомогою кредитної карти або продати коштовності, майно, щоб покрити ці витрати на стаціонарне лікування?

_____ гривень

ВС...98

ВД...99

V3.24. Скажіть, будь ласка, як Ви оцінюєте такі аспекти надання Вам стаціонарної допомоги:

КАРТКА V3.24. ЗАЧИТАЙТЕ І ПОЗНАЧТЕ ВІДПОВІДЬ У КОЖНОМУ РЯДКУ ТАБЛИЦІ НИЖЧЕ.

V3.25. А тепер подивіться на картку V3.25. Тут перелічені всі ті аспекти, які я Вам щойно зачитав (-ла). Будь ласка, скажіть, які з цих аспектів найважливіші для Вас? Можете обрати до трьох відповідей.

КАРТКА V3.25. НЕ БІЛЬШЕ ТРЬОХ ВІДПОВІДЕЙ У СТОВПЧИКУ V3.25.

Дуже добре / Добре / Нормально / Погано / Дуже погано

- Час оформлення в приймальному відділенні, в тому числі після доставки швидкою медичною допомогою
- Санітарно-побутові умови, в яких надається медична допомога
- Якість харчування
- Доступність діагностичних та лабораторних обстежень
- Забезпеченість ліками
- Кваліфікація лікарів
- Доброзичливість лікарів
- Доброзичливість медичних сестер
- Ефективність (результативність) лікування
- Зрозуміла і прозора політика оплати за допомогу (в тому числі відсутність неформальних платежів)
- А як Ви в цілому оцінюєте надання стаціонарної медичної допомоги?

V3.26. За останні 12 місяців скільки разів Ви були хворі і потребували стаціонарного лікування, але не були госпіталізовані взагалі через брак коштів?

_____ разів

ВС...98

ВД...99

РОЗДІЛ В5. Вакцинація дітей

В5.1. Скільки у Вашому домогосподарстві дітей до 18 років?

_____ дітей ВС...98 ВД...99

ЯКЩО 0, ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЧАСТИНИ С

В5.2. Ви володієте інформацією про стан їхнього здоров'я і медичну допомогу, яка їм надається?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

В5.3. Загалом, як Ви ставитеся до вакцинації? КАРТКА В5.3.

- Дуже позитивно 5
- Скоріше позитивно 4
- Нейтрально 3
- Скоріше негативно 2 ВС...98
- Дуже негативно 1 ВД...99

В5.4. Чи відмовлялися Ви коли-небудь від обов'язкових щеплень для дитини?

СТОСУЄТЬСЯ УСІХ ДІТЕЙ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ДОМОГОСПОДАРСТВІ

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

В5.5. Чому Ви відмовлялися від щеплення для дитини? Ви можете обрати до трьох відповідей.
КАРТКА В5.5.

- Дитина була хвора
- Я боялася ускладнень чи негативних наслідків від вакцинації
- Вважаю, що вакцинація не потрібна
- Я не довіряю виробникам вакцини
- Я не довіряю процедурі перевезення та зберігання вакцин
- Медичний працівник рекомендував не вакцинувати
- Інше (вказіть) _____

В5.6. Чи відмовляв Вас коли-небудь медичний працівник від щеплення для дитини?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

B5.7. Яку причину вказав медичний працівник, відмовляючи Вас від щеплення для дитини? Ви можете назвати до трьох відповідей. КАРТКА B5.7.

- Помірна хвороба без високої температури (не вище 38,5)
- Гостра хвороба з високою температурою (вище 38,5)
- Судоми в попередній історії хвороб
- Несприятливі випадки після попередньої вакцинації
- Поточне лікування антибіотиками
- Астма, екзема, атопія або сінна лихоманка
- Перехворіли хворобами, яким можна запобігти за допомогою вакцин (наприклад, кір, епідемічний паротит, краснуха, кашлюк, вітряна віспа тощо)
- Недоношеність
- Дитина була на грудному вигодовуванні
- Наявність інфекційного захворювання в сім'ї, дитячому садку тощо
- Інше (вказіть) _____

B5.8. Чи доводилося Вам коли-небудь просити чи звертатися по фіктивну довідку про наявність щеплень?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

B5.9. Якщо Ви маєте дитину віком до 6-ти років, то чи стикалися Ви коли-небудь з відсутністю вакцин, коли хотіли зробити цій дитині щеплення?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- Немає дітей до 6 років
- ВС
- ВД

ЧАСТИНА С. САМООЦІНЮВАННЯ ЗДОРОВ'Я ТА СПОСІБ ЖИТТЯ

C1. Ви зараз курите тютюнові вироби (наприклад, сигарети) щодня, не кожного дня чи зовсім не курите?

- Щодня
- Не щодня
- Зовсім не курю

C2. Скільки сигарет у середньому Ви викурюєте зараз за день? _____

С3. Впродовж останніх 12 місяців як часто Ви вживали алкогольні напої? КАРТКА С3.

- Майже щодня
- 3–4 дні на тиждень
- 1–2 дні на тиждень
- 1–3 дні на місяць
- Рідше, ніж раз на місяць, або ніколи

С4. Подумайте про Ваш один типовий день, коли Ви випиваєте. Який тип алкогольних напоїв — пиво чи слабоалкогольні напої, вина чи міцні напої (такі як горілка, коньяк або самогон) — Ви споживаєте найчастіше, і скільки Ви випиваєте протягом такого дня?

С4.1. Що п'ють? С4.2. Скільки мілілітрів?

Пиво _____ мл

Вино _____ мл

Горілка, міцні напої _____ мл

С5. Протягом останніх 7 днів скільки кілограмів свіжих фруктів або ягід (яблук, груш, бананів, апельсинів тощо) Ви особисто спожили?

_____ кг (1 КГ = 1000 Г) ВС...98 ВД...99

С6. Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою? КАРТКА С6.

- Дуже добре 5
- Добре 4
- Посереднє, не добре, але й не погане 3
- Погане 2 В
- Дуже погане

С7. Скільки кілограмів Ви важите? | _____ | кг ВС...998 ВД...999

С8. А який Ваш зріст у сантиметрах? | _____ | см ВС...998 ВД...999 1 м = 100 см

С9. Скільки годин або хвилин на тиждень Ви маєте фізичні навантаження хоча б середньої інтенсивності (враховуйте не лише цілеспрямовані заняття спортом, а й ходіння пішки, їзду на велосипеді, роботу в городі тощо) — так, щоб задихатися або спітніти? _____

ГОДИН _____ ХВИЛИН _____ ВС...98 ВД...99

С10. Що, на Вашу думку, негативно впливає на стан Вашого здоров'я? Можете обрати не більше трьох відповідей. КАРТКА С10.

- Стан навколишнього середовища
- Психологічне напруження
- Шкідливі звички
- Неправильне харчування
- Умови праці
- Економічні проблеми
- Неякісне лікування в медичних закладах
- Нестача фізичного навантаження
- Неуважність до самого себе

- Спадковість
- Інше (вкажіть) _____
- НІЧОГО НЕ ВПЛИВАЄ

C11. Якою мірою Ви піклуєтеся про стан свого здоров'я? КАРТКА C11.

- Дуже добре
- Скоріше добре
- Посередньо
- Скоріше погано
- Зовсім не пікуюсь

C12. Чи маєте Ви якісь хронічні або довготривалі хвороби?

C13a. Чи був у Вас коли-небудь у житті інфаркт?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

C13b. Скільки Вам було років, коли це трапилось (вперше)? _____ років

C14. У кого-небудь із членів Вашої родини чи близьких родичів був коли-небудь інфаркт?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

C15. Вам або членам Вашої родини чи близьким родичам коли-небудь робили такі операції або процедури:

C16. ЯКЩО ТАК: у якому році це було (останнього разу)?

C17. Скільки гривень вам довелося сплатити за цю операцію або процедуру?

- Мали операцію / процедуру
- Рік операції / процедури
- Вартість операції / процедури
- Стентування
- Шунтування
- Коронарографію

C18. Чи Ви маєте такі захворювання:

Варіанти відповіді:

- Так
 - Ні
 - ВС
 - ВД
- Гіпертонічна хвороба (підвищений тиск)
- Цукровий діабет
- Інсульт (наслідки інсульту)

C19. Ви маєте чи не маєте офіційно встановленої інвалідності?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

C20. Як би Ви оцінили за шкалою від 1 до 5, де 1 означає «дуже погано», а 5 — «дуже добре», ту місцевість, де Ви живете, за такими характеристиками: КАРТКА C20.

ЯКІСТЬ ПОСЛУГ / Дуже добре / Добре / Ні добре, ні погано / Погано / Дуже погано

- Кількість відкритих спортивних майданчиків
- Стан обладнання на спортивних майданчиках
- Кількість відкритих дитячих майданчиків
- Стан обладнання на дитячих майданчиках
- Наявність зелених зон — дерев, парків, алей, газонів
- Безпека протягом дня
- Безпека вночі
- Наявність велосипедних доріжок
- Екологічна ситуація: чистота повітря, води тощо
- Загальне оцінювання навколишнього простору

ЧАСТИНА D. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПРОФІЛЬ РЕСПОНДЕНТА

Тепер кілька запитань про Вас.

D2. Скільки повних років Вам виповнилось? _____ років

D3. Яка Ваша освіта? КАРТКА D3. ОДНА ВІДПОВІДЬ

- Початкова чи неповна середня загальна
- Повна середня загальна
- Професійно-технічна (ПТУ, ліцей)
- Неповна вища / Середня спеціальна освіта (технікум, коледж, молодший спеціаліст)
- Базова вища освіта (бакалавр)
- Повна вища освіта (спеціаліст, магістр)
- Науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)

D4. Ваш основний рід занять? КАРТКА D4. ОДНА ВІДПОВІДЬ

- Працюю (повний або неповний робочий день)
- Самозайнятість

- Працюючий пенсіонер
- Тимчасово безробітний; шукаю роботу
- Не працюю і не шукаю роботу (в т.ч. домогосподарка, відпустка з догляду за дитиною)
- Студент(ка)
- Непрацюючий пенсіонер
- Непрацевдатність (інвалідність)
- Інше (вкажіть) _____

D5. У Вас є зараз яка-небудь медична страховка? Тут не йдеться про обов'язкове соціальне страхування або страхування від нещасних випадків (наприклад, автомобільна страховка):

Варіанти відповіді:

- Так
 - Ні
 - ВС
 - ВД
- Приватна медична страховка безпосередньо від страхувальника?
 - Приватна медична страховка через Вашого безпосереднього нинішнього або колишнього роботодавця?
 - Приватна медична страховка через нинішнього або колишнього роботодавця Вашого(ї) чоловіка(дружини)? Який-небудь інший вид медичної страховки? (вкажіть) _____

D6. Скільки всього осіб, дорослих і дітей (включаючи Вас), живе разом з Вами спільним домашнім господарством?

_____ осіб ВС.....98 ВД.....99

D7. На даний момент скільки осіб у Вашому домогосподарстві, включаючи Вас, мають хронічні захворювання чи серйозні проблеми зі здоров'ям?

_____ осіб ВС.....98 ВД.....99

D8. Подивіться, будь ласка, на картку і скажіть, яке із тверджень найточніше відповідає фінансовому становищу Вашої родини? КАРТКА D8. ОДНА ВІДПОВІДЬ

- Нам не вистачає грошей навіть на їжу
- Нам вистачає грошей на їжу, але купити одяг важко
- У нас достатньо грошей на їжу й одяг, і ми можемо дещо відкласти, але цього не досить, щоб купувати дорогі речі (такі, як телевізор або холодильник)
- Ми можемо дозволити собі купувати деякі дорогі речі (такі, як телевізор або холодильник), але не можемо робити суттєвих заощаджень
- Ми можемо робити суттєві заощадження

D9. Скажіть, скільки становить чистий середній дохід Вашого домогосподарства за місяць (тобто дохід після сплати податків) — враховуючи всіх членів домогосподарства і всі джерела доходів — заробітну плату, соціальні виплати, пенсії, орендні платежі, гонорари тощо?

_____ грн D11 ВС/ВД.....99

D10. Подивіться, будь ласка, на картку D10. Скажіть, яка з цих категорій відповідає чистому середньому доходу Вашого домогосподарства за місяць (тобто доходу після сплати податків) — враховуючи всіх членів домогосподарства і всі джерела доходів — заробітну плату, соціальні виплати, пенсії, орендні платежі, гонорари тощо? КАРТКА D10. ОДНА ВІДПОВІДЬ

Картка D18

Менше 1000 грн	1	Від 5001 до 6000 грн	10
Від 1001 до 1500 грн	2	Від 6001 до 7000 грн	11
Від 1501 до 2000 грн	3	Від 7001 до 8000 грн	12
Від 2001 до 2500 грн	4	Від 8001 до 9 000 грн	13
Від 2501 до 3000 грн	5	Від 9001 до 10 000 грн	14
Від 3001 до 3500 грн	6	Більше 10 000 грн	15
Від 3501 до 4000 грн	7		
Від 4001 до 4500 грн	8		
Від 4501 до 5000 грн	9		

D11. Яку суму приблизно Ваше домогосподарство витрачає за місяць на їжу і неалкогольні напої, які споживаються вдома?

_____ грн ВС/ВД.....99

D12. Враховуючи всі типи офіційних і неофіційних грошових платежів, а також негрошові подарунки, скільки всього Ви витратили (з власної кишені) за останні 30 днів на:

НЕ ВРАХОВУЙТЕ СТОМАТОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ

_____ грн ВС ВД

- Візити до лікаря або іншого медперсоналу (амбулаторну допомогу), не включаючи оплату проїзду, транспортування швидкою допомогою та медикаменти?
- Госпіталізації, не включаючи оплату проїзду, транспортування швидкою допомогою та медикаменти?
- Ліки?

D13. Підсумовуючи сказане раніше та враховуючи Ваш власний досвід звернень до приватних або державних закладів охорони здоров'я чи відомий Вам досвід родичів або близьких друзів, скажіть, будь ласка, наскільки Ви задоволені чи не задоволені медичною допомогою, яка сьогодні надається: КАРТКА D13.

- Лікарем загальної практики — сімейним лікарем
- Дільничним терапевтом
- Дільничним педіатром

D14. Наступні запитання стосуються Вашої готовності та спроможності сплачувати за медичні послуги, що надаються державою або включені до базового пакета. Уявіть, що Ви можете отримати ці послуги із забезпеченням хорошої якості та швидкої доступності, якщо оплатите їх за офіційним тарифом у касі медичного закладу (наприклад, поліклініки, лікарні тощо).

ПЕРЕДАЙТЕ КАРТКУ D14a. На цій картці наведено пояснення високої якості та швидкої доступності.

Хороша якість означає:

- Сучасне медичне обладнання
- Відремонтований заклад охорони здоров'я
- Чемний персонал з хорошою репутацією та навичками

Швидка доступність означає:

- Дорога до медичного закладу займає не більше 30 хвилин
- Час очікування прийому лікаря — не більше 10 хвилин
- Час очікування планової операції не більше 1 місяця

D14a. Якщо у Вас виникла серйозна проблема зі здоров'ям (незнайомі симптоми, які Вас дуже непокоять), чи погодитесь Ви сплатити за офіційним тарифом за консультацію лікаря та обстеження, щоб отримати послуги із забезпеченням хорошої якості та швидкої доступності, як вказано на картці?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

D14b. Чому Ви не погодитесь сплачувати — не маєте такої можливості, не хочете сплачувати чи з обох цих причин?

- Не маю можливості
- Не хочу
- Не маю можливості і не хочу
- ВС
- ВД

D14c. Яку точну суму Ви згодні і можете заплатити за такий візит, щоб отримати послуги із забезпеченням хорошої якості та швидкої доступності?

_____ гривень D15

ВС.....998

ВД.....999

D14d. Подивіться на картку D14d. Вкажіть, будь ласка, інтервал оплати за послуги лікаря, яку Ви згодні і можете заплатити за такий візит, щоб отримати послуги із забезпеченням хорошої якості та швидкої доступності?

КАРТКА D14d

- Менше 50 грн
- Від 51 до 100 грн
- Від 101 до 150 грн
- Від 151 до 200 грн
- Понад 201 грн

D15. Чи Ви є вимушеним переселенцем з Криму або окупованих / прифронтових територій на Донбасі?

Варіанти відповіді:

- Так
- Ні
- ВС
- ВД

Дякую за те, що погодились відповісти на запитання цієї анкети!

ЗАПИТАННЯ ДО ІНТЕРВ'ЮЕРА

ЦЕЙ РОЗДІЛ ЗАПОВНЮЄ САМ ІНТЕРВ'ЮЕР САМОСТІЙНО — НЕ ЗАПИТУВАТИ
РЕСПОНДЕНТА!

ІНТЕРВ'ЮЕРЕ! БУДЬ ЛАСКА, ЗАПОВНІТЬ ЦЕЙ РОЗДІЛ АНКЕТИ ЯКОМОГА ШВИДШЕ ПІСЛЯ
ТОГО, ЯК ВИ ЗАКІНЧИТЕ ІНТЕРВ'Ю З РЕСПОНДЕНТОМ.

I 1. ДАТА ПРОВЕДЕННЯ ОПИТУВАННЯ: ЧИСЛО _____ МІСЯЦЬ:

I 2. ЯКОЮ МОВОЮ ПРОВОДИЛОСЯ ОПИТУВАННЯ?

- Українською
- Російською
- Іншою (ЗАПИШІТЬ)

I 3. У ЯКОМУ РЕГІОНІ ПРОХОДИЛО ІНТЕРВ'Ю:

I 4. НАЗВА НАСЕЛЕНОГО ПУНКТУ:

ДОДАТОК Б.

Демографічні та соціальні характеристики областей

УКРАЇНА

Статистичні дані:



Населення ⁹³ , млн	42,467
Міське	29,4823
Сільське	13,1022
Жінки	19,6446
Чоловіки	22,7703
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	61,9
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	10,1
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, в розрахунку на одного штатного працівника, грн	6659
Кількість пенсіонерів ⁹⁴ , тис.	11 956,2
Середній розмір місячної пенсії, грн	1886,78

Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	46,1	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	24,9
Число лікарів — фізичних осіб	160 912		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	37,9%	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	3,4
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році на 10 000 населення	25,5		

⁹³ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 липня 2017 року (наявне населення).

⁹⁴ Кількість пенсіонерів (2017): http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/sz/sz_u/srp_07rik_u.html.

ВІННИЦЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ⁹⁵ , млн	1,590
Міське, тис.	0,810
Сільське, тис.	0,780
Жінки, тис.	0,851
Чоловіки, тис.	0,731
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	62,7
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	11,2
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, в розрахунку на одного штатного працівника, грн	5631
Кількість пенсіонерів ⁹⁶ , тис.	480,3
Середній розмір місячної пенсії, грн	1705,94



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	51,16	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	27,2
Число лікарів — фізичних осіб	7172		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	45,3	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	5,61
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році на 10 000 населення	26,1		

⁹⁵ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

⁹⁶ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ВОЛИНСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ⁹⁷ , млн	1,04
Міське	0,544
Сільське	0,496
Жінки	0,548
Чоловіки	0,489
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	55,9
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	13,7
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, в розрахунку на одного штатного працівника, грн	5311
Кількість пенсіонерів ⁹⁸ , тис.	272,0
Середній розмір місячної пенсії, грн	1731,56



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	43,16	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	25,9
Число лікарів — фізичних осіб	3774		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	36,65	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	3,78
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	27,38		

⁹⁷ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

⁹⁸ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ⁹⁹ , млн	3,23
Міське	2,701
Сільське	0,529
Жінки	1,751
Чоловіки	1,475
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	63,2
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	8,5
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, в розрахунку на одного штатного працівника, грн	6440
Кількість пенсіонерів ¹⁰⁰ , тис.	988,8
Середній розмір місячної пенсії, грн	2010,59



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	51,33	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	27,1
Число лікарів — фізичних осіб	12786		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	39,62	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	4,25
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	19,36		

⁹⁹ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹⁰⁰ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ДОНЕЦЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹⁰¹ , млн	4,244
Міське	3,852
Сільське	0,391
Жінки	2,311
Чоловіки	1,919
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	57,9
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	15,2
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, в розрахунку на одного штатного працівника, грн	7332
Кількість пенсіонерів ¹⁰² , тис.	848,1
Середній розмір місячної пенсії, грн	2163,43



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10000 населення	44,02	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	19,5
Число лікарів — фізичних осіб	5500		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	28,26	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	2,65
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	18,53		

¹⁰¹ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹⁰² Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ЖИТОМИРСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹⁰³ , млн	1,240
Міське	0,730
Сільське	0,509
Жінки	0,664
Чоловіки	0,576
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	62,3
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	11,8
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5404
Кількість пенсіонерів ¹⁰⁴ , тис.	389,1
Середній розмір місячної пенсії, грн	1742,79



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	45,59	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	26,1
Число лікарів — фізичних осіб	4340		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	34,97	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	4,72
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	26,16		

¹⁰³ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹⁰⁴ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ЗАКАРПАТСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹⁰⁵ , млн	1,258
Міське	0,465
Сільське	0,793
Жінки	0,652
Чоловіки	0,603
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	60,2
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	10,2
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5680
Кількість пенсіонерів ¹⁰⁶ , тис.	280,3
Середній розмір місячної пенсії, грн	1657,38



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	37,06	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	25,0
Число лікарів — фізичних осіб	4613		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	36,73	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	5,07
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	29,6		

¹⁰⁵ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹⁰⁶ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹⁰⁷ , млн	1,739
Міське	1,342
Сільське	0,396
Жінки	0,944
Чоловіки	0,793
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	62,1
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	10,8
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	6389
Кількість пенсіонерів ¹⁰⁸ , тис.	575,2
Середній розмір місячної пенсії, грн	1952,89



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	57,05	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	28,7
Число лікарів — фізичних осіб	7571		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	43,54	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	4,03
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	21,95		

¹⁰⁷ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹⁰⁸ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹⁰⁹ , млн	1,379
Міське	0,605
Сільське	0,774
Жінки	0,725
Чоловіки	0,651
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	58,9
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	9,3
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5705
Кількість пенсіонерів ¹¹⁰ , тис.	359,2
Середній розмір місячної пенсії, грн	1752,63



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	53,79	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	33,4
Число лікарів — фізичних осіб	7855		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	57,04	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	3,33
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	36,98		

¹⁰⁹ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹¹⁰ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

КИЇВСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹¹¹ , млн	1,734
Міське	1,077
Сільське	0,656
Жінки	0,931
Чоловіки	0,797
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	62,3
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	6,8
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	6578
Кількість пенсіонерів ¹¹² , тис.	561,7
Середній розмір місячної пенсії, грн	1923,81



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	49,28	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	25,7
Число лікарів — фізичних осіб	6402		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	37,03		
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	30,72	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	3,38

¹¹¹ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹¹² Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

КІРОВОГРАДСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹¹³ , млн	0,965
Міське	0,607
Сільське	0,358
Жінки	0,517
Чоловіки	0,441
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	61,0
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	12,7
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5464
Кількість пенсіонерів ¹¹⁴ , тис.	289,0
Середній розмір місячної пенсії, грн	1748,68



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	47,44	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	24,5
Число лікарів — фізичних осіб	3191		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	33,26	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	2,73
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	23,01		

¹¹³ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹¹⁴ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ЛУГАНСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹¹⁵ , млн	2,195
Міське	1,908
Сільське	0,286
Жінки	1,188
Чоловіки	1,002
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	65,7
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	17
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5171
Кількість пенсіонерів ¹¹⁶ , тис.	327,1
Середній розмір місячної пенсії, грн	2028,07



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	46,62	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	19,3
Число лікарів — фізичних осіб	1936		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	27,19	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	2,23
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	10,62		

¹¹⁵ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹¹⁶ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹¹⁷ , млн	2,534
Міське	1,544
Сільське	0,989
Жінки	1,323
Чоловіки	1,192
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	60,5
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	8,4
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5922
Кількість пенсіонерів ¹¹⁸ , тис.	693,4
Середній розмір місячної пенсії, грн	1785,66



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	48,74	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	31,6
Число лікарів — фізичних осіб	12882		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	51,21	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	3,88
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	28,18		

¹¹⁷ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹¹⁸ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

МИКОЛАЇВСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹¹⁹ , млн	1,150
Міське	0,786
Сільське	0,364
Жінки	0,617
Чоловіки	0,532
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	63,9
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	10,5
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	9183
Кількість пенсіонерів ¹²⁰ , тис.	325,8
Середній розмір місячної пенсії, грн	1797,18



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	42,45	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	21,7
Число лікарів — фізичних осіб	3395		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	29,54	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	3,38
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	22,35		

¹¹⁹ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹²⁰ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ОДЕСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹²¹ , млн	2,386
Міське	1,595
Сільське	0,790
Жінки	1,258
Чоловіки	1,116
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	60,5
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	7,8
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	6062
Кількість пенсіонерів ¹²² , тис.	622,5
Середній розмір місячної пенсії, грн	1820,95



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	50,1	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	25,5
Число лікарів — фізичних осіб	9806		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	41,28	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	4,32
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	17,37		

¹²¹ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹²² Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ПОЛТАВСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹²³ , млн	1,426
Міське	0,885
Сільське	0,541
Жінки	0,765
Чоловіки	0,653
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	61,0
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	12,5
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	6181
Кількість пенсіонерів ¹²⁴ , тис.	447,8
Середній розмір місячної пенсії, грн	1850,81



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	54,63	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	26,8
Число лікарів — фізичних осіб	6305		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	44,43	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	4,33
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	26,8		

¹²³ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹²⁴ Кількість пенсіонерів (2017): http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/sz/sz_u/srp_07rik_u.html.

РІВНЕНСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹²⁵ , млн	1,162
Міське	0,552
Сільське	0,610
Жінки	0,610
Чоловіки	0,551
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	62,6
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	11,3
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5452
Кількість пенсіонерів ¹²⁶ , тис.	301,3
Середній розмір місячної пенсії, грн	1729,04



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	45,27	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	28,0
Число лікарів — фізичних осіб	4444		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	38,25	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	3,1
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	22,24		

¹²⁵ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹²⁶ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

СУМСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹²⁷ , млн	1,104
Міське	0,759
Сільське	0,345
Жінки	0,597
Чоловіки	0,504
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	61,9
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	10,2
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5548
Кількість пенсіонерів ¹²⁸ , тис.	347,4
Середній розмір місячної пенсії, грн	1766,28



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	47,95	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	26,7
Число лікарів — фізичних осіб	4090		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	37,1	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	2,97
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	39,11		

¹²⁷ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹²⁸ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹²⁹ , млн	1,055
Міське	0,646
Сільське	0,409
Жінки	0,562
Чоловіки	0,493
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	58,0
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	13,5
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5152
Кількість пенсіонерів ¹³⁰ , тис.	292,3
Середній розмір місячної пенсії, грн	1621,43



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	52,13	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	31,1
Число лікарів — фізичних осіб	5218		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	49,42	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	5,28
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	30,1		

¹²⁹ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹³⁰ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ХАРКІВСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹³¹ , млн	2,701
Міське	2,178
Сільське	0,522
Жінки	1,440
Чоловіки	1,244
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	64,4
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	6,7
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5848
Кількість пенсіонерів ¹³² , тис.	857,0
Середній розмір місячної пенсії, грн	1894,74



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	55,61	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	27,3
Число лікарів — фізичних осіб	12394		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	46,15		
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	26,75	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	2,85

¹³¹ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹³² Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ХЕРСОНСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹³³ , млн	1,055
Міське	0,646
Сільське	0,409
Жінки	0,565
Чоловіки	0,488
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	62,9
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	12,1
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5456
Кількість пенсіонерів ¹³⁴ , тис.	294,5
Середній розмір місячної пенсії, грн	1701,09



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	43,2	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	22,8
Число лікарів — фізичних осіб	3250		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	30,83		
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	19,26	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	2,22

¹³³ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹³⁴ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹³⁵ , млн	1,285
Міське	0,726
Сільське	0,558
Жінки	0,687
Чоловіки	0,594
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	60,4
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	11
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5519
Кількість пенсіонерів ¹³⁶ , тис.	407,3
Середній розмір місячної пенсії, грн	1718,92



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	45,32	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	27,9
Число лікарів — фізичних осіб	4875		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	38,02	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	3,88
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	28,75		

¹³⁵ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹³⁶ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ЧЕРКАСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹³⁷ , млн	1,231
Міське	0,701
Сільське	0,529
Жінки	0,664
Чоловіки	0,562
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	62,7
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	10,6
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5614
Кількість пенсіонерів ¹³⁸ , тис.	411,5
Середній розмір місячної пенсії, грн	1763,06



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	46,19	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	25,3
Число лікарів — фізичних осіб	4330		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	35,27		
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	24,44	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	3,32

¹³⁷ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹³⁸ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹³⁹ , млн	0,908
Міське	0,391
Сільське	0,517
Жінки	0,479
Чоловіки	0,425
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	62,1
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	9,0
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5160
Кількість пенсіонерів ¹⁴⁰ , тис.	227,6
Середній розмір місячної пенсії, грн	1657,51



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	54,91	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	31,4
Число лікарів — фізичних осіб	5076		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	56,09	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	5,17
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	26,22		

¹³⁹ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹⁴⁰ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСТЬ

Статистичні дані:

Населення ¹⁴¹ , млн	1,033
Міське	0,669
Сільське	0,364
Жінки	0,559
Чоловіки	0,465
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	62,9
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	12,0
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	5324
Кількість пенсіонерів ¹⁴² , тис.	346,3
Середній розмір місячної пенсії, грн	1776,46



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	48,75	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	25,8
Число лікарів — фізичних осіб	3654		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	35,65		
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	23,44	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	3,22

¹⁴¹ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹⁴² Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

м. Київ

Статистичні дані:

Населення ¹⁴³ , млн	2,925
Міське	2,925
Сільське	—
Жінки	1,550
Чоловіки	1,334
Рівень економічної активності населення у 2017 році всього, у віці 15–70 років, %	66,2
Рівень безробіття населення у 2017 році, у % до економічно активного населення відповідного віку	7,7
Середня заробітна плата за регіонами за квітень 2017 року, у розрахунку на одного штатного працівника, грн	10 788
Кількість пенсіонерів ¹⁴⁴ , тис.	776,2
Середній розмір місячної пенсії, грн	2474,57



Статистика охорони здоров'я, 2016:

Забезпеченість штатними посадами — всього на 10 000 населення	69,89	Число лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) — лікарі, які займаються лікувальною справою, на 10 000 населення	35,0
Число лікарів — фізичних осіб	16 053		
Забезпеченість лікарями на 10 000 населення	55,65	Чисельність лікарів загальної практики — сімейних лікарів та забезпеченість на 10 000 населення	3,21
Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2016 році, на 10 000 населення	—		

Рівень безробіття, тис. 16,4¹⁴⁵.

¹⁴³ Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2017 року (наявне населення).

¹⁴⁴ Кількість пенсіонерів (станом на 1 липня 2017): <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=289694>.

¹⁴⁵ <http://www.vn.ukrstat.gov.ua/index.php/2010-11-23-14-38-32.html>.

СКОРОЧЕННЯ ТА АБРЕВІАТУРИ

ВС — важко сказати

ВД — відмова дати відповідь

ІМТ — Індекс маси тіла

КМІС — Київський міжнародний інститут соціології

ФАП — фельдшерсько-акушерський пункт

ЦПМСД — Центр первинної медико-санітарної допомоги

ЦРЛ — центральна районна лікарня

ОЕСР — організація економічного співробітництва і розвитку

OECD — Organisation for Economic Co-operation and Development

НРОЗ — Національні рахунки охорони здоров'я

СОЗ — система охорони здоров'я

МО — Міністерство охорони здоров'я

ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я

ССЗ — серцево-судинні захворювання

АТ — артеріальний тиск

ЕКГ — електрокардіограма

САТ — систолічний АТ

ДАТ — діастолічний АТ

ЕМД — екстрена медична допомога

НДІ — науково-дослідний інститут

ЛЗ — лікарські засоби

МНН — міжнародні непатентовані назви

ЦЕС — центр економічної стратегії

СПИСОК ТАБЛИЦЬ

- Таблиця 1. Розподіл респондентів за ключовими демографічними характеристиками
- Таблиця 1.1. Розподіл за областями відповідей на запитання «Які, на Вашу думку, симптоми туберкульозу?»
- Таблиця 1.2. Розподіл за областями відповідей на запитання «Що, на Вашу думку, негативно впливає на здоров'я?»
- Таблиця 1.3. Розподіл за областями відповідей на запитання «Якою мірою Ви піклуєтеся про Ваше здоров'я»
- Таблиця 1.4. Розподіл за областями відповідей на запитання «Загалом, як Ви ставитеся до вакцинації?» (серед тих, хто має дітей до 18 років і володіє інформацією про стан їхнього здоров'я)
- Таблиця 1.5. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Загалом, як Ви ставитеся до вакцинації?» (серед тих, хто має дітей до 18 років і володіє інформацією про стан їхнього здоров'я)
- Таблиця 1.6. Розподіл за областями відповідей на запитання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?»
- Таблиця 1.7. Розподіл за областями коефіцієнта Індекс маси тіла
- Таблиця 1.8. Частка курців та інтенсивність куріння: розподіл за соціально-демографічними характеристиками
- Таблиця 1.9. Розподіл за областями відповідей на запитання «Протягом останніх 7 днів скільки кілограмів свіжих фруктів або ягід (яблук, груш, бананів, апельсинів тощо) Ви особисто спожили?»
- Таблиця 1.10. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Протягом останніх 7 днів скільки кілограмів свіжих фруктів або ягід (яблук, груш, бананів, апельсинів тощо) Ви особисто спожили?»
- Таблиця 1.11. Розподіл за областями відповідей на запитання «Скільки часу на тиждень Ви маєте фізичні навантаження хоча б середньої інтенсивності?»
- Таблиця 1.12. Розподіл за областями відповідей на запитання «Як би Ви оцінили ту місцевість, де Ви живете?» (ті, хто оцінив кожний з аспектів як «добре» або «дуже добре»)
- Таблиця 2.1. Досвід проходження медичного огляду протягом останніх 12 місяців (відсоток тих, хто відповів, що проходив медичний огляд з профілактичною метою)
- Таблиця 2.2. Досвід проходження медичного огляду протягом останніх 12 місяців: розподіл за областями (% респондентів, які проходили медичний огляд з профілактичною метою)
- Таблиця 2.3. Поведінка в разі хвороби
- Таблиця 2.4. Поведінка в разі хвороби: розподіл за регіонами
- Таблиця 2.5. Поведінка в разі хвороби: розподіл за соціально-демографічними групами
- Таблиця 2.6. Причини незвернення до лікаря в разі хвороби чи травми
- Таблиця 2.7. Причини незвернення до лікаря в разі хвороби чи травми: розподіл за статтю, віком, місцем проживання, освітою та доходом домогосподарства на особу

- Таблиця 3.1. Структура і рівень поширеності за класами хвороб та окремих захворювань серед населення України в разі звернень у лікувально-профілактичні заклади
- Таблиця 3.2. Порівняння суб'єктивної оцінки тиску зі знанням свого тиску
- Таблиця 3.3. Знання симптомів «судинних катастроф»: розподіл за статтю, віком, місцем проживання
- Таблиця 3.4. Досвід і розмір оплати з кишені за малоінвазивні операції (оплата за свою операцію останнього разу)
- Таблиця 4.1. Причини останнього амбулаторного візиту: розподіл за областями
- Таблиця 4.2. Тип закладу, у якому надавалася амбулаторна допомога: розподіл за областями
- Таблиця 4.3. Оплата «з кишені» за останній амбулаторний візит
- Таблиця 4.4. Проходження лабораторно-діагностичних тестів і витрати на них протягом останніх 12 місяців
- Таблиця 4.5. Оцінювання різних аспектів надання амбулаторної допомоги як «добре» або «дуже добре»: розподіл за областями
- Таблиця 5.1. Термін перебування у стаціонарі за останні 12 місяців (серед пацієнтів стаціонару): розподіл за статтю, віком, місцем проживання та рівнем доходів домогосподарств у розрахунку на одну особу
- Таблиця 5.2. Причини останньої госпіталізації: загалом серед усіх респондентів
- Таблиця 5.3. Причини вибору закладу охорони здоров'я для стаціонарного лікування
- Таблиця 5.4. Загальний розмір плати за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації: розподіл за статтю, віком, місцем проживання та рівнем доходів домогосподарств у розрахунку на одну особу
- Таблиця 5.5. Частка платників і розмір платежу за стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації
- Таблиця 5.6. Складнощі в пошуку коштів на стаціонарне лікування
- Таблиця 5.7. Розмір платежу за лабораторно-діагностичні послуги під час останньої госпіталізації: розподіл за статтю, віком, місцем проживання та рівнем доходів домогосподарств у розрахунку на одну особу
- Таблиця 5.8. Порівняння відповідей респондентів щодо визначення найважливіших аспектів надання стаціонарної допомоги і їхньої оцінки
- Таблиця 6.1. Причини відмови від лікування або його відтермінування
- Таблиця 6.2. Окремі характеристики споживання лікарських засобів під час стаціонарного лікування: порівняння результатів дослідження 2016 і 2017 років
- Таблиця 7.1. Задоволеність медичною допомогою: розподіл за областями (для населення загалом)
- Таблиця 7.2. Задоволеність медичною допомогою: розподіл за статтю, віком, типом місцевості та станом здоров'я (для населення загалом)
- Таблиця 7.3. Потреба в реформі та її втілення
- Таблиця 7.4. Що б Ви хотіли бачити в результаті реформи системи охорони здоров'я?
- Таблиця 7.5. Від кого залежить покращення функціонування медичного закладу?

СПИСОК ІЛЮСТРАЦІЙ

- Рис. 1. Наявність і середня кількість дітей до 18 років у домогосподарстві: розподіл за областями
- Рис. 1.1. Загальний розподіл відповідей на запитання «Які, на Вашу думку, симптоми туберкульозу?»
- Рис. 1.2. Розподіл за областями відповідей на запитання «Які, на Вашу думку, симптоми туберкульозу?»
- Рис. 1.3. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Які, на Вашу думку, симптоми туберкульозу?»
- Рис. 1.4. Загальний розподіл відповідей на запитання «Що, на Вашу думку, негативно впливає на стан Вашого здоров'я?»
- Рис. 1.5. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Що, на Вашу думку, негативно впливає на здоров'я?»
- Рис. 1.6. Підвибірка респондентів, яким ставили запитання стосовно щеплення їхніх дітей
- Рис. 1.7. Розподіл за областями відповідей на запитання «Чи відмовлялися Ви коли-небудь від обов'язкових щеплень для дитини?»
- Рис. 1.8. Загальний розподіл відповідей на запитання «Чому Ви відмовлялися від щеплення для дитини?» (серед тих, хто відмовлявся коли-небудь від обов'язкових щеплень для дитини)
- Рис. 1.9. Загальний розподіл відповідей на запитання «Яку причину вказав медичний працівник, відмовляючи Вас від щеплення для дитини?» (серед тих, кого відмовляв коли-небудь медичний працівник від щеплень для дитини)
- Рис. 1.10. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?»
- Рис. 1.11. Наявність хронічних або довготривалих хвороб: розподіл за соціально-демографічними характеристиками.
- Рис. 1.12. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Ви маєте чи не маєте офіційно встановленої інвалідності?»
- Рис. 1.13. Наявність хронічних або довготривалих хвороб: розподіл за областями
- Рис. 1.14. Розподіл за областями відповідей на запитання «Ви маєте чи не маєте офіційно встановленої інвалідності?»
- Рис. 1.15. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками коефіцієнта Індекс маси тіла
- Рис. 1.16. Розподіл за областями ствердних відповідей на запитання «Ви зараз курите тютюнові вироби (наприклад, сигарети) щодня, не кожного дня чи зовсім не курите?»
- Рис. 1.17. Розподіл за областями відповідей на запитання «Впродовж останніх 12 місяців як часто Ви вживали алкогольні напої?»
- Рис. 1.18. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на запитання «Впродовж останніх 12 місяців як часто Ви вживали алкогольні напої?»

- Рис. 1.19. Загальний розподіл відповідей на запитання «Як би Ви оцінили ту місцевість, де Ви живете?»
- Рис. 2.1. Частка опитаних, хто звітує про наявність епізоду занедужання
- Рис. 2.2. Звернення до лікаря в разі виникнення проблем зі здоров'ям: розподіл за регіонами
- Рис. 3.1. Структура хвороб системи кровообігу серед респондентів
- Рис. 3.2. Випадки артеріальної гіпертензії серед респондентів: розподіл за регіонами
- Рис. 3.3. Виявлення високого тиску та контроль над ним
- Рис. 3.4. Порівняння вимірювання артеріального тиску та проходження електрокардіограми з профілактичною метою (дані Індексу) до частки випадків хвороб системи кровообігу (дані статистики)
- Рис. 3.5. Соціально-демографічний профіль тих, хто знає свій артеріальний тиск
- Рис. 3.6. Знання симптомів судинних катастроф
- Рис. 3.7. Знання симптомів судинних катастроф: регіональний вимір
- Рис. 3.8. Досвід отримання рекомендацій від лікаря (серед людей, які отримували рекомендації від лікаря)
- Рис. 3.9. Досвід отримання ліків за програмою «Доступні ліки» серед осіб з гіпертонічною хворобою (регіональний вимір)
- Рис. 4.1. Звернення по амбулаторну допомогу протягом останніх 12 місяців: розподіл за областями
- Рис. 4.2. Звернення по амбулаторну допомогу протягом останніх 12 місяців: розподіл за соціально-демографічними характеристиками
- Рис. 4.3. Вибір надавача амбулаторної допомоги під час останнього візиту: розподіл за областями
- Рис. 4.4. Направлення до вузького спеціаліста: розподіл за областями
- Рис. 4.5. Тип закладу й чи прикріплений до нього пацієнт
- Рис. 4.6. Причини вибору закладу або лікаря, до якого не прикріплений респондент (серед тих, хто вибрав заклад або лікаря, до якого він/вона не прикріплений/а)
- Рис. 4.7. Частка пацієнтів, які сплачували за амбулаторну допомогу на рахунок благодійного фонду або іншої організації, і медіанна сума: розподіл за областями
- Рис. 4.8. Частка осіб, які сплачували за амбулаторну допомогу в касі згідно з офіційними правилами, і медіанна сума: розподіл за областями
- Рис. 4.9. Частка осіб, які сплачували за амбулаторну допомогу неформально, і медіанна сума: розподіл за областями
- Рис. 4.10. Частка осіб, які сплачували за амбулаторну допомогу за товари медичного призначення, і медіанна сума: розподіл за областями
- Рис. 4.11. Здавали аналізи протягом останніх 12 місяців: розподіл за областями (серед усіх респондентів)
- Рис. 4.12. Проходили діагностику протягом останніх 12 місяців: розподіл за областями (серед усіх респондентів)

- Рис. 4.13. Сприйняття зміни фінансової доступності медичної допомоги, що надається сімейними лікарями та дільничними терапевтами
- Рис. 4.14. Сприйняття зміни фінансової доступності медичної допомоги, що надається вузькими спеціалістами в поліклініці
- Рис. 4.15. За останні 12 місяців скільки разів Ви були хворі, але не відвідали лікаря взагалі через брак коштів? (серед усіх респондентів): 2016 і 2017 роки
- Рис. 4.16. Оцінювання різних аспектів надання амбулаторної допомоги як «добре» або «дуже добре»
- Рис. 4.17. Загальне оцінювання надання амбулаторної допомоги як «добре» або «дуже добре»: розподіл за областями
- Рис. 4.18. Найважливіші аспекти надання амбулаторної допомоги
- Рис. 5.1. Послугування стаціонарною медичною допомогою: розподіл за статтю, віком, місцем проживання та рівнем доходів на одну особу
- Рис. 5.2. Частка респондентів, які були госпіталізовані протягом останніх 12 місяців, і середнє значення кількості госпіталізацій: регіональний розподіл
- Рис. 5.3. Частка осіб, які послуговувалися стаціонарною допомогою і мали досвід оплати за допомогу й товари медичного призначення
- Рис. 5.4. Споживання лабораторно-діагностичних послуг та оплата в разі госпіталізації у стаціонар (серед тих, хто був госпіталізований протягом останніх 12 місяців)
- Рис. 5.5. Оцінювання аспектів надання стаціонарної медичної допомоги
- Рис. 6.1. Придбання призначених лікарем лікарських засобів: розподіл за статтю, віком, місцем проживання
- Рис. 6.2. Оцінювання респондентами програми «Доступні ліки»: «дуже позитивно» – «дуже негативно»
- Рис. 6.3. Витрати на лікарські засоби серед різних категорій респондентів
- Рис. 6.4. Сумарні витрати на лікарські засоби серед різних категорій респондентів
- Рис. 7.1. Задоволеність медичною допомогою серед населення загалом та серед тих, хто мав контакт на надавачами медичних послуг
- Рис. 7.2. Сприйняття потреби в реформі та її втілення
- Рис. 7.3. Що б Ви хотіли бачити в результаті реформи системи охорони здоров'я?
- Рис. 7.4. Як Ви вважаєте, що саме зміниться в результаті цієї реформи, яку наразі впроваджують уряд і місцеві органи самоврядування

